

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
УМАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ПАВЛА ТИЧИНИ

# **АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ**

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

Укладач: Т. М. Осадченко

Умань  
2019

УДК 796.011.3(073)

А 28

*Рекомендовано до друку Вченою радою Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини  
(протокол № 14 від 28 травня 2019 р.)*

**Рецензенти:**

**Н. Я. Бондарчук** – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання факультету здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету;

**В. М. Степаненко** – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання і спорту ДВНЗ «Переяслав – Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди»

**В. В. Цибульська** – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання, факультету фізичного виховання Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини

А 28 Адаптивне фізичне виховання : навчальний посібник / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини; укл. Т.М. Осадченко – Умань : Візаві, 2019. – 235 с.

У навчальному посібнику викладено теоретичні основи адаптивного фізичного виховання; розвиток фізичних здібностей в адаптивному фізичному вихованні; адаптивне фізичне виховання при наявності різних нозологій, представлено адаптивний спорт, як складову Олімпійського руху, охарактеризовано Паралімпійські види спорту та презентовано Паралімпійський спорт в Україні.

Розраховано на студентів факультетів фізичного виховання педагогічних університетів та інститутів, ним також можуть користуватися студенти інститутів фізичної культури, вчителі шкіл і педагоги-тренери, батьки.

УДК 796.011.3(073)

© Осадченко Т. М.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>7</b>
<b>1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....</b>	<b>8</b>
1.1. Основні поняття адаптивного фізичного виховання.....	8
1.2. Історія адаптивного фізичного виховання.....	11
1.3. Характеристика адаптивного фізичного виховання в Україні.....	14
1.4. Мета і завдання адаптивного фізичного виховання.....	18
<b>2. ПРИНЦИПИ, ФУНКЦІЇ, ЗАСОБИ, МЕТОДИ ТА ФОРМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ</b>	<b>20</b>
2.1. Основні принципи адаптивного фізичного виховання...	20
2.2. Функції адаптивного фізичного виховання.....	25
2.3. Засоби адаптивного фізичного виховання.....	37
2.4. Методи адаптивного фізичного виховання.....	39
2.5. Форми адаптивного фізичного виховання.....	41
<b>3. ОСНОВНІ ЗАКОНАМІРНОСТІ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....</b>	<b>44</b>
3.1. Рух – провідний чинник розвитку фізичних здібностей.	46
3.2. Залежність розвитку фізичних здібностей від рухових режимів.....	47
3.3. Етапність розвитку фізичних здібностей.....	48
<b>4. ПРИНЦИПИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ...</b>	<b>51</b>
4.1. Принцип зв'язаного розвитку координаційних і кондиційних фізичних здібностей.....	51
4.2. Принцип вікової адекватності педагогічних впливів.....	52
4.3. Принцип оптимальності педагогічних впливів.....	53
4.4. Принцип варіативності педагогічних впливів.....	53
4.5. Принцип діагностики рівня розвитку фізичних здібностей.....	54
<b>5. РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ В АДАПТИВНОМУ ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ.....</b>	<b>55</b>
5.1. Розвиток силових здібностей.....	55
5.2. Розвиток швидкісних здібностей.....	62
5.3. Розвиток витривалості.....	67
5.4. Розвиток гнучкості.....	75

<b>6. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ГЛУХОТІ.....</b>	<b>80</b>
6.1. Основні поняття, мета і завдання адаптивного фізичного виховання при глухоті.....	80
6.2. Тестування при глухоті.....	82
6.3. Особливості методики адаптивного фізичного виховання глухих.....	86
<b>7. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ СЛІПОТІ.....</b>	<b>88</b>
7.1. Основні поняття, мета завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при сліпоті.....	88
7.2. Методи навчання спортивної техніки.....	94
<b>8. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ТА УРАЖЕННЯХ СПИННОГО МОЗКУ.....</b>	<b>96</b>
8.1. Адаптивне фізичне виховання при станах після ампутації.....	97
8.2. Мета, завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при порушеннях опорно-рухового апарату.....	98
8.3. Обсяг рухових можливостей при ураженнях спинного мозку.....	100
8.4. Завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при ураженнях спинного мозку.....	102
8.5. Методичні вказівки адаптивного фізичного виховання при ураженні спинного мозку.....	106
<b>9. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ.....</b>	<b>107</b>
9.1. Загальна характеристика адаптивного фізичного виховання при ДЦП.....	107
9.2. Особливості методики при ДЦП.....	113
9.3. Адаптивне фізичне виховання при важких формах ДЦП.....	115
9.4. Адаптивне фізичне виховання при ДЦП середнього і легкого ступеня.....	116
<b>10. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ВІДХИЛЕННІ РОЗУМОВОГО РОЗВИТКУ.....</b>	<b>119</b>
10.1. Загальна характеристика адаптивного фізичного виховання при відхиленні розумового розвитку.....	119

10.2. Завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при відхиленні розумового розвитку.....	123
10.3. Адаптивне фізичне виховання у Будинку дитини.....	126
<b>11. КОНТРОЛЬ В АДАПТИВНОМУ ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ.....</b>	<b>129</b>
11.1. Медико-педагогічний контроль в адаптивному фізичному вихованні.....	129
11.2. Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні.....	132
11.3. Профілактика травматизму в адаптивному фізичному вихованні.....	141
<b>12. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІСТУ ЗАНЯТЬ З АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ.....</b>	<b>145</b>
12.1. Спрямованість змісту занять (уроків) адаптивного фізичного виховання.....	146
12.2. Заняття з дітьми першого року життя.....	149
12.3. Заняття по адаптивному фізичному вихованню дошкільнят та школярів.....	157
12.4. Заняття по адаптивному фізичному вихованню у закладах вищої освіти.....	158
<b>13. «АДАПТИВНИЙ СПОРТ» .....</b>	<b>166</b>
13.1. Особливості наукової діяльності у адаптивному спорті.....	166
13.2. Адаптивний спорт як складова Олімпійського руху....	172
13.3. Загальна характеристика Паралімпійських ігор.....	177
<b>14. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗМАГАНЬ У ПАРАЛІМПІЙСЬКОМУ СПОРТІ.....</b>	<b>180</b>
14.1. Організаційні аспекти проведення змагань з паралімпійських видів спорту.....	180
14.2. Особливості забезпечення суддівства.....	183
14.3. Схеми проведення змагань.....	187
14.4. Умови визначення переможця неофіційного командного заліку.....	188
<b>15. ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАЛІМПІЙСЬКИХ ВИДІВ СПОРТУ .....</b>	<b>189</b>
15.1. Особливості змагальної діяльності з видів спорту паралімпійської програми.....	189
15.2. Відмінності правил змагань та особливості видів спорту Олімпійської та Паралімпійської програм.....	200

<b>16. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАЛІМПІЙСЬКІ КЛАСИФІКАЦІЇ.....</b>	<b>197</b>
16.1. Значення класифікацій спортсменів у Паралімпійському спорті.....	197
16.2. Функціональні класифікації спортсменів з пошкодженнями опорно-рухового апарату та ураженнями зору в різних видах спорту.....	199
16.3. Загальні принципи формування команд та стартових груп у видах спорту.....	201
<b>17. ПАРАЛІМПІЙСЬКИЙ СПОРТ В УКРАЇНІ.....</b>	<b>223</b>
17.1. Керівні організації спорту інвалідів в Україні.....	223
17.2. Національний Паралімпійський комітет України.....	224
17.3. Український центр фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт».....	227
<b>ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.....</b>	<b>231</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>234</b>

## ВСТУП

Останніми десятиріччями в суспільній свідомості набуває особливого значення процес поступової зміни ставлення до проблеми інвалідності. Відбувається зміщення акценту з підкреслення обмеженості можливостей інвалідів до усвідомлення необхідності використання і збільшення наявного значного потенціалу для максимального вияву індивідуальних можливостей цих людей.

За даними вітчизняних і зарубіжних фахівців, понад 3% населення планети, тобто кожний 10-й її житель, – інваліди. Екологічні катастрофи, війни, криміногенне становище, обтяжена спадковість, захворювання, травми, каліцтва, отримані на виробництві, в побуті, на транспорті, щорічно збільшують кількість інвалідів приблизно на 200 тисяч.

Очевидним (та, безумовно, сумним) статистичним фактом останнього є постійне зростання чисельності інвалідів і перетворення даної соціальної групи в усе більш кількісно значиму в загальному складі населення.

На сьогодні у світі нараховується понад 450 мільйонів осіб, які мають обмежені фізичні та інтелектуальні можливості. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно ушкодження отримують 20 мільйонів людей, з них приблизно 12 мільйонів – внаслідок аварій.

# 1. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ



## 1.1. Основні поняття адаптивного фізичного виховання

*Адаптивне фізичне виховання (АФВ)* – 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 медико-соціальною експертизою в результаті обстеження органами охорони здоров'я осіб, які частково або повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм та вроджених дефектів, що обмежують їхню життєдіяльність, а також осіб, які мають відповідно до законодавства право на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку або звільнення від виконання відповідних обов'язків. При цьому встановлюють ступінь обмеження життєдіяльності, працездатності, групу інвалідності, визначають для кожного інваліда відповідно до стану здоров'я вид трудової діяльності та умови праці, 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 слабо чує;

Логопедія – корекцію мовних порушень;

Тифлопедагогіка – педагогіку сліпих і тих, хто слабо 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.

## **1.2. Історія адаптивного фізичного виховання**

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 соціальної і фізичної реабілітації інвалідів, розробці педагогіко-реабілітаційних методів.

В Україні кардинальні зміни у реабілітаційній роботі з інвалідами відбулися у пореволюційний період. Законодавство 1918 р. визначило статус інвалідів у суспільстві, заснувало виховно-корекційні установи для дітей із особливими потребами і ввело їх до загальнодержавної системи народної освіти. Цей крок дозволив консолідувати сили освіти, охорони здоров'я та юстиції у сфері реабілітації. До розробки системи 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. Монтесорі. 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. Монтесорі стала популярною як

у роботі з дітьми з особливими потребами, так і здоровими дітьми. Нині 80% загальноосвітніх шкіл у Нідерландах працюють за цим методом.

Розвинув метод Монтесорі 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 ХХ ст. Л. Виготський висунув ідею активно-діяльного навчання, що йде попереду розвитку дитини. Його ідеї були розроблені та обґрунтовані в межах теорії діяльності А. Леонтьєва, П. Гальперина та ін. Реалізуючи ці ідеї, Л. Занков у 50-60-х роках ХХ 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 ХХ ст. почався спортивний рух людей із вадами слуху. Вже 1924 р. у Парижі відбулися перші Олімпійські ігри глухих. З того часу Всесвітні ігри глухих регулярно надають можливості на рівних змагатися і спілкуватися глухим спортсменам усього світу.

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 ХХ 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 Сток-Мандевільських ігор, Міжнародна спортивна організація інвалідів, Міжнародна Сток-Мандевільська федерація спорту на візках. Наприкінці ХХ ст. з метою розвитку нових видів спорту для залучення ще більшої кількості людей із фізичними вадами була створена Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація осіб з церебральним паралічем, розвитку і стимуляції інвалідів.

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.

### **1.3. Характеристика адаптивного фізичного виховання в Україні**

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

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 (табл. 1).

Таблиця 1

**Єдина державна система корекційної педагогіки**

<b>Міністерство освіти</b>	<b>Міністерство соціального забезпечення</b>	<b>Міністерство охорони здоров'я</b>
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 слабкочують, для дітей, які пізно оглухли, допоміжні школи для дітей із	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

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 соціально-трудової 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 напрямку 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»:



«...Ст. 2.1. Держава стимулює розвиток ...паралімпійського 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 досягнень».

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 (проположенняції) 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 дефлімпійського 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 дефлімпійських 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 дефлімпійської 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.

#### **1.4. Мета і завдання адаптивного фізичного виховання**

*Мета адаптивного фізичного виховання(АФВ)* – адаптувати людей, які мають функціональні обмеження, до фізичних і соціальних умов навколишнього середовища.

У АФВ 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 АФВ 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 АФВ формують схему власного тіла та його сприйняття, просторові уявлення, вербальний аналіз і вербально-

логічне мислення, достатній словниковий запас, довірливі компоненти діяльності, адекватні механізми емоційної саморегуляції, навички самостійної творчості.

## **2. ПРИНЦИПИ, ФУНКЦІЇ, ЗАСОБИ, МЕТОДИ ТА ФОРМИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

### **2.1. Основні принципи адаптивного фізичного виховання**

Українська корекційна педагогічна система реалізує такі положення:

- у навчанні взаємодіють процеси подолання, корекції і компенсації вад розвитку дитини з особливими потребами, її всебічного розвитку;

- виховання відбувається на інтегрованій основі оволодіння знаннями, реалізації в процесі виховання взаємозв'язку між різними напрямками навчання.

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

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

- До якого виду рухової активності проявляє інтерес або мимоволі звертається дитина?
- Яким інвентарем і як довго цікавиться?
- Які дії, рухи здійснює вона з цим предметом самостійно, без

стороннього втручання?

• За умов можливості вибору, якому виду фізичної діяльності дитина надає перевагу?

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

• Чи існує в руховій активності учня періодичність протягом дня, тижня, місяця тощо?

• Як можна охарактеризувати періоди підвищеної рухової активності? Як довго вони тривають?

• Яким чином дитина демонструє своє прагнення до розвитку?

• Яким вправам вона надає перевагу і в якій послідовності?

• Наскільки учень здатний зосередити увагу на своїй діяльності? Які перешкоди для неї найбільш значущі?

• Чи повертається дитина до своєї діяльності після того, якщо її увага була відвернута?

У відповідності з принципом свідомості нові вправи необхідно починати з обговорення цілей, завдань і способів їх виконання: основних моментів дії та її складових, а також умов виконання цих моментів дії; необхідно розвивати осмислення побудови дії, вміння аналізувати власні дії та знаходити причини допущених помилок; активно практикувати завдання для самостійного вирішення, стимулювати творчий підхід до вирішення завдань на основі знань учня. При цьому обов'язкова позитивна оцінка успішного виконання завдання

У кожному випадку викладачеві необхідно індивідуально вирішувати завдання вибору:

- вихідного положення, раціональної оперативної постави – вони повинні забезпечувати стійкість і рівновагу тіла у просторі;

- траєкторії руху (напрямок, форма, амплітуда), яка залежить від гнучкості і точності диференціювання рухів;

- тривалості фізичної дії (залежить від витривалості учня);

- частоти її повторення за одиницю часу (залежить від швидкісно-силових здібностей учня);

- послідовності «включення» різних м'язових груп у дію (диктується закономірностями анатомії);

- послідовності нарощування зусиль;

- оптимального передавання кількості рухів із однієї ланки рухового апарату до іншої;

- послідовності рухів, сполучення й узгодженості рухів у часі;

-раціонального співвідношення тривалості фаз навантаження й розслаблення (останні 4 пункти залежать від цілей заняття).

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

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

**Принцип доступності** полягає в тому, що усі засоби, які використовуються в АФВ, повинні бути адекватними рівням фізичного навантаження, психомоторного розвитку, стану здоров'я, функціонального стану рухового апарату, попереднього рухового досвіду і фізичної підготовленості.

Значною мірою доступність забезпечується на рівні формування кінестетичного образу за рахунок адекватного уявлення про дію і вибору відповідних засобів. У цьому допомагає показова демонстрація вчителем або його помічником фізичних вправ, використання наочних посібників: рисунків, макетів, схем та ін., з метою створення у тих, хто навчається, найбільш повних і точних уявлень, забезпечення сприйняття й асоціацій, пов'язаних з діями, що вивчаються. Для цього бажано впливати на найбільше число сенсорних систем учня, його емоційну сферу, які можуть бути порушені залежно від нозології, тобто дотримуватися принципу наочності.

*(Звернення тільки до неуражених сенсорних систем звужує коло можливостей вчителя в процесі формування кінестетичного образу і підвищує вимоги до його професійної майстерності: виникає завдання знайти схожі, знайомі для учня ознаки фізичних рухів із урахуванням його індивідуального сенсорного і рухового досвіду. При цьому, чим адекватніша особистість учня, яскравіші, емоційніші, цікавіші його асоціативні образи, тим ефективніше засвоюється новий матеріал.)*

У АФВ учителю самому необхідно постійно розширювати діапазон порівнянь і предметних завдань. **Принцип наочності** забезпечується послідовним вирішенням наступних завдань:

- визначення педагогічних завдань, які вирішуються засобами наочності;
- вибір наочних посібників, які використовуються залежно від функціональних можливостей сенсорних систем;
- забезпечення засобами наочності (з урахуванням попереднього рухового досвіду і знань учня) процесу формування кінестезичного образу та подальшого осмислення побудови дій;
- використання безпосередньої й опосередкованої демонстрації як засобу виправлення рухових помилок учня.

**Принцип послідовності** вивчення вправ безпосередньо пов'язаний із принципом доступності.

*(Визначаючи послідовність, варто керуватися закономірностями перенесення рухових навичок та «вроджених автоматизмів», які збереглися в інвалідів).*

Це правило значно підвищує ефективність засвоєння нових фізичних вправ. Бажано як можна активніше використовувати позитивне перенесення рухових навичок. Це відбувається у тих випадках, коли в структурі та змісті вправ (у їхній головній фазі) є велика подібність. Принцип знаходить своє відображення в широкому застосуванні підвідних та імітаційних вправ. Відмічається, що перенесення навичок в інвалідів найефективніший на початкових етапах навчання, коли рухи виконуються у більш примітивних варіантах та під посиленням контролем свідомості.

Не слід забувати і про негативне перенесення, коли раніше засвоєна рухова дія перешкоджає правильному виконанню фізичної вправи, що вивчається.

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

Із цією метою індивідуально збільшують обсяг та інтенсивність тренувального заняття. Збільшення параметрів навантаження повинне

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

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

Систематичність забезпечується дотриманням таких правил:

- завчасне встановлення послідовності вправ;
- оптимізація сумарного навантаження педагогічних факторів, які застосовуються (методів, засобів, форм фізичного виховання);
- додержання послідовності навчання фізичних вправ від головної, провідної фази вправи, до другорядної, похідної фази;
- періодичним поверненням до основної фази рухової дії.

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

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

- не переходити до вивчення нових вправ, поки не буде ґрунтовно вивчено поточний матеріал;



•включати до занять вправи, вивчені раніше, в нових поєднаннях і варіантах;

•підвищувати інтенсивність і тривалість виконання засвоєних вправ.

### ***Спеціальні принципи АФВ:***

•зв'язок знань, умінь з життям і практикою;

•виховна й розвиваюча спрямованість;

•всебічності, гармонійності змісту знань, умінь, звичок;

•концентризм у навчанні: розподіл навчального матеріалу з характерною повторюваністю тематики та більш глибоким висвітленням даної теми на кожному новому етапі. Під час засвоєння складного матеріалу повертаються до старого, але на новій основі, тобто відбувається повторне вивчення пройденого матеріалу на більш високому рівні з урахуванням того, що пізнавальні можливості учня порівняно з попереднім періодом зросли.

*(До особливостей сучасного процесу виховання дітей із особливими потребами також належать: відмова від авторитарності, відповідність програм і технологій фізіологічним і віковим особливостям учнів, високий рівень кваліфікації педагогів, використання збагаченого освітнього середовища, створення різновікових груп).*

## **2.2. Функції адаптивного фізичного виховання**

В адаптивному фізичному вихованні виділяють дві групи функцій: педагогічні та соціальні.

До педагогічних функцій належать:

- Корекційно-компенсаторна
- Профілактична
- Освітня
- Розвиваюча
- Виховна
- Ціннісно-орієнтовна
- Лікувально-виховна
- Професійно-підготовча
- Творча
- Рекреативно-оздоровча
- Гедоністична
- Спортивна і змагальна

До соціальних функцій належать:

- Гуманістична
- Соціалізуюча
- Інтегративна
- Комунікативна
- Видовищна і естетична

Педагогічні функції АФВ:

**Корекційно-компенсаторна функція** АФВ є провідною для усіх його видів. Основою для корекції слугують відхилення у фізичній та психічній сферах, у стані здоров'я. Як правило, корекція рухових порушень у процесі багаторазових повторень виконання вправ надає і розвиваючу дію, а розвиваюча функція завжди носить індивідуальний характер, тому її можна назвати корекційно-розвиваючою. Різноманіття корекційних задач дозволило виділити наступні основні напрями:

- корекція, профілактика і розвиток сенсорних функцій ( зорової, слухової, тактильної, вестибулярної тощо);

- корекція психічних порушень: уваги, пам'яті, мови, уяви, сприйняття, емоційно-вольової сфери, поведінки, мотивації, особистих установок;

- корекція соматичних порушень: постави, плоскостопості і інших деформацій тіла будови, дихання, серцево-судинної системи тощо;

- корекція координаційних здібностей: відповідність рухів окремих частин тіла, точності моторики рук, орієнтування у просторі, рівноваги, розслаблення тощо;

- корекція порушень фізичної підготовленості – ціленаправлене «підтягування» відстаючих у розвитку фізичних якостей, які обмежують рухову активність;

- корекція техніки основних рухів (просторових, часових, динамічних, ритмічних характеристик у ходьбі, бігу, стрибках, метаннях тощо).

Даний розподіл носить теоретичний характер, тому в практичній роботі таких розмежувань немає. Одна і таж вправа може одночасно вирішувати декілька задач.

**Профілактична функція.** В широкому розумінні Міністерства Охорони здоров'я України профілактика розглядається як загальнодержавне завдання попередження захворювань, яка потребує координації інформаційної, просвітницької роботи серед населення,

створення технологій широкомасштабних мій оздоровлення, діагностики і контролю за станом здоров'я тощо.

Для всіх інвалідів без виключення в цілях боротьби з негативними наслідками гіподинамії (обмеження рухової активності) профілактична функція заключається у цілеспрямованості усіх доступних видів рухової активності, а також гігієнічних та природних факторів загартовування організму, а також впровадження їх у повсякденне життя. Роз'яснююча робота стосується дотримання рухового режиму, відпочинку і раціонального харчування, збереження і формування постави, ліквідації шкідливих звичок тощо.

В умовах стаціонару профілактична функція лікувальної фізичної культури направлена на попередження ускладнень, обумовлених малорухливим або обмеженим руховим режимом, а також на стримування можливих відхилень в системах організму.

**Освітня функція** в широкому розумінні являє собою частину освітньої діяльності людини, яка пов'язана із задоволенням потреб в специфічних знаннях, уміннях, навичках і якостях в області фізичної культури. Це неперервний процес фізичної освіти особистості протягом усього життя – в сім'ї, в навчальних закладах, лікувальних установах, в процесі самоосвіти.

У вузькому розумінні освітня функція являє собою формування знань і рухових умінь на доступному для кожної людини рівні.

Для дітей із сенсорними, фізичними та інтелектуальними порушеннями – це навчання основним видам фізичних вправ, засвоєння «школи рухів» і, в першу чергу, навчання природнім локомоціям: ходьбі та бігу, так як вони слугують основним способом переміщення і є складовою частиною багатьох фізичних вправ. Труднощі вирішення освітніх завдань обумовлені характером основного дефекту. Так, для сліпих дітей – це страх відкритого простору, відсутність зорового наслідування, для глухих і слабкочуючих – обмеженість сприйняття вербальних методів навчання, для розумово відсталих – низький рівень пізнавальної здатності, для дітей із ураженням опорно-рухового апарату – нездатність зберігати рівновагу і вертикальне положення.

Важливим аспектом навчально-пізнавальної діяльності дітей являється не лише засвоєння широкого діапазону умінь, але і інтелектуалізація (усвідомлення) даного процесу.

**Розвиваюча функція.** Фізичний розвиток людини як природній процес зміни морфофункціональних властивостей організму

проходить незалежно від волі людини і здійснюється за законами вікового розвитку. Дана функція реалізується у всіх видах АФВ. Адаптивне фізичне виховання створює початкову базу для всебічного розвитку фізичних можливостей і рухових навиків, формує передумови для їх подальшого розвитку.

Націленість занять, вибір засобів і методів визначення індивідуальної величини навантаження залежить від конкретних завдань, фізичних можливостей і віку тих, хто займається, стану здоров'я і збережених функцій, характеру другорядних порушень і медичних показників.

**Виховна функція.** На виховання особистості людини з обмеженими функціональними можливостями впливає оточення, сім'я, вчителі та наставники, лікарі, психологи, друзі, однолітки, природа, мистецтво, освіта тощо.

До виховних функцій АФВ можна віднести лише ті, які являються прямим результатом педагогічної дії на заняттях фізичними вправами.

Мета виховання – всебічний гармонійний розвиток особистості, розкриття її потенційних можливостей при звужених сенсорних, моторних, інтелектуальних функцій, дисгармонійному розвитку та дезадаптації. Початкова положення виховання по відношенню до даної категорії людей – сприймати їх особистостями, які володіють можливостями формувати себе, усвідомлювати свою поведінку, засвоювати знання і будувати життя у суспільстві, яке їх оточує.

Усвідомлення засвоєння знань, тих чи інших рухових дій характеризується тим, яку суть вони становлять для людини. Але смислу не навчають – смисл виховується, тому якщо дитина зрозуміла користь та смисл фізичної вправи для себе особисто, то знання в даній області зможуть лише підсилити виховний ефект, посилити мотивацію та інтерес, і як наслідок, усвідомлено сприймати процес навчання.

Це важливе положення має істотне значення для спеціаліста АФВ, так як допомагає у визначенні вибору загальної дидактичної лінії, у формуванні особистості, а також при постановці конкретних педагогічних завдань, до числа яких відносяться наступні:

- виховання адекватної оцінки власних фізичних і психічних можливостей, подолання комплексів невпевненості, неповноцінності;
- виховання усвідомленого і активного відношення до здоров'я тілесного, систематичних занять фізичними вправами;

- формування позитивної мотивації, сталого інтересу і потреб до фізкультурної діяльності;

- виховання гуманного ставлення до себе та оточуючих, формування комунікативних відношень;

- виховання відповідальності, цілеспрямованості, творчості, наполегливості під час подолання труднощів;

- виховання дисципліни, уміння управляти своїми емоціями, підкорятися загальним правилам і нормам соціальної поведінки;

- формування навиків самовиховання: самоорганізації, самодисципліни, самоспостереження, самооцінки, самоконтролю, самообмеження, самонавіювання, саморегуляції, само реабілітації тощо.

Самовиховання це не автономний процес. Спрямовуюча роль належить педагогу, хоча форми та ступінь педагогічного керівництва міняються в залежності від міри дозрівання особистості. Поступово посилюючи функції самовиховання, педагог залучає в цей процес інвалідів, які навчаються, надаючи їм розширені можливості для прояву самостійності та власної ініціативи, а потім повністю передає їм свої функції. Перехід від виховання до самовиховання, від зовнішніх норм і вимог поведінки до внутрішніх має принципіальне значення, оскільки самовиховання особистості у наступні роки являється передумовою активного використання цінностей АФВ, фізичного і духовного самоствердження, формування здорового способу життя, соціалізації та інтеграції інвалідів у суспільство.

**Ціннісно-орієнтовна функція.** Цінності АФВ зв'язані із засвоєнням, удосконаленням, підтримкою, відновленням, самореалізацією фізичних і духовних сил людини. Саме в цій єдності реалізуються культурно-духовні потреби, формуються уміння і навички, здібності, самовиховання, комунікативні відношення, самовизначення у суспільстві. Стійке прилучення до цінностей АФВ являється запорукою здоров'я, життєздатності, формування здорового способу життя.

Проте для кожної окремо взятої людини мають значення цінності індивідуального існування, які включають пізнання самого себе, відношення до фізкультурної діяльності та реальної поведінки.

Пізнання самого себе означає суб'єктивну поведінку своїх можливостей, яка включає «Я-концепцію» як основу самовизначення особистості. Відношення до фізкультурної діяльності відображає рівень потреб, мотивів, інтересів до неї. Воно може бути як

позитивним, так і негативним. Стримуючими факторами виступають: загальна виснаженість організму, невпевненість у своїх силах, фізична неповноцінність і психологічний дискомфорт, депресивні стани, біль, відсутність знань і звичок займатися фізичними вправами, надання переваги іншим видам діяльності (музика, читання, ремесло тощо). Позитивними факторами виступають внутрішня установка людини не на хворобу та інвалідність, а навпаки – на одужання, активне повноцінне життя.

Ціннісні орієнтації, мотиви та інтереси можуть бути різними, наприклад: зміцнення здоров'я, корекція тіло будови та фізичного розвитку, перспектива знайти нові знайомства, отримати відповідний статус, досягти максимальних спортивних результатів, задовольнити емоційні та естетичні потреби, отримати знання та досвід для самостійних занять.

**Лікувально-виховна функція.** Дана функція є основною у фізичній реабілітації. Лікувальне застосування фізичних вправ ґрунтується на педагогічних, психологічних і фізіологічних закономірностях формування рухів і керування ними. Кінцева мета – відновлення людини як особистості, прискорення відновлювальних процесів після травм, хвороб тощо., попередження або зменшення інвалідизації. Її досягнення забезпечується реалізацією наступних положень:

- застосуванням обґрунтованих методів патогенетичного лікування;
- диференціацією завдань і напрямів впливу фізичними вправами;
- раннім активним використанням відновлювального лікування;
- активною участю хворого в даному процесі.

**Професійно-підготовча функція.** Актуальність цієї функції обумовлена тим, що по закінченню навчального закладу (школи, ПТУ, коледжу, ВНЗ) перед інвалідами постає проблема зайнятості, конкурентоспроможності на ринку праці, задоволення потреб в діяльності, економічної незалежності.

Формування професійної орієнтації у дітей з дефектами розвитку починається з раннього віку в сім'ї, дошкільних навчальних закладах і включає:

- прилучення до доступних видів праці в ігровій формі, заохочення інтересів і здібностей дитини, створення стійких соціальних установок;

- корекцію і компенсацію основного дефекту за рахунок використання збережених функцій;

- розвиток професійно важливих функцій, фізичних і психічних здібностей.

В умовах навчального закладу підготовка до майбутньої професії здійснюється майстрами підприємств за участі лікарів, педагогів, психологів, батьків. Кожний спеціальний навчальний заклад мають майстерні, набір спеціальностей орієнтованих на конкретну нозологічну групу людей, а також навчальні програми. Попередньо ведеться профорієнтаційна робота, психолого-фізіологічна діагностика для визначення професійної придатності.

**Творча функція** заключається у розкритті багатогранних здібностей людей з обмеженими можливостями з різних видів фізкультурної діяльності.

Так, фізична рекреація – найбільш масова і демократична форма активного відпочинку інвалідів – часто будується на принципах самоорганізації. Ця діяльність потребує спеціальних знань, ініціативи, творчості в організації і використання фізичних вправ, модернізації обладнання, місць занять, освоєння територій, задоволення рухових та емоційно-естетичних потреб різних вікових і нозологічних груп інвалідів.

**Рекреативно-оздоровча функція** реалізується як задоволення потреб в активному відпочинку, як засіб переключення на інший вид діяльності, відновлення фізичних і духовних сил.

Найбільш поширеними формами фізичної рекреації являються заняття в умовах побуту та сім'ї, навчальної та трудової діяльності, а також у сфері відпочинку та дозвілля.

В сім'ї, яка має інваліда, закладається навчальний процес гуманізації, закріплення сімейних відносин щодо взаємовідносин: дитина-інвалід – здорові батьки, здорова дитина – батько і мати – інвалід. Ось чому дуже важливі сімейні та побутові форми рекреації. До них відносяться вправи гігієнічної гімнастики у співвідношенні із загартуванням та «домашнім» плаванням, рухливі і малорухливі ігри, корекційні та розвиваючі ігри в умовах «домашнього стадіону», індивідуальні програми саморозвитку, само реабілітації по відео- та аудіотрансляції тощо.

В навчальній та трудовій діяльності рухова рекреація завжди носить організаційний характер: ввідна гімнастика, ранкова зарядка (в інтернатах, дитячих будинках), профілактична гімнастика,

фізкультхвилинка, ігри на перервах (в школі), після роботи – рухові ігри, спортивні ігри, аеробіка, плавання, релаксаційна пластика, вправи на тренажерах тощо.

В умовах дозвілля рухова рекреація представляють самий широкий арсенал фізичних вправ і форм занять. До основних засобів відносяться різноманітні рухливі і спортивні ігри (бадмінтон, настільний теніс, міні-футбол, дартс, більярд, баскетбол, в тому числі і на колясках, городки, шахмати, шашки тощо), плавання, купання, катання на санках, лижах, ковзанах, лодках, біг підтюпцем, орієнтування на місцевості, прогулянки та туристичні походи, танці, атракціони, забави, вікторини із поєднанням з театральними виставами, а також фізкультурні свята типу «Веселі старты», конкурси, спартакіади, фестивалі, дні здоров'я, злети, зустрічі із відомими спортсменами тощо.

Рухова рекреація задовольняє руховий та емоціональний «голод» і відповідає інтересам і потребам даної категорії людей, так як є добровільною, доступною і реальною формою реалізації своїх фізичних можливостей, де основне не результат, а сам процес.

Спілкування займає важливе місце для інвалідів. Заняття часто об'єднують дітей та дорослих, здорових та людей з різними патологічними порушеннями, осіб різного рівня розвитку, соціального стану, професії та національності, що створює благополучний психологічний клімат та умови, при яких задовольняються потреби в приналежності до конкретної групи, суспільства в цілому.

**Гедоністична функція** проявляється в тих видах рухової активності, які приносять радість, захоплення, відчуття щастя тощо.

Люди з різними відхиленнями та обмеженнями у рухах гостріше переживають навіть найменші свої успіхи у рухових здібностях. Вони більш щиріше виражають свої почуття, радіють можливості ходити, гратися, спілкуватися, змагатися, перемагати тощо. Завдання спеціаліста АФВ – створити атмосферу психологічного комфорту, довіри, доброзичливості, свободи, відвертості, дати можливість радіти, отримувати задоволення від фізичних вправ.

**Спортивна і змагальна функція.** На сьогоднішній день активно розвивається адаптивний спорт по всіх країнах і включає в себе 3 основні компоненти: параолімпійський, спеціально-олімпійський та сурдлімпійський рух. Багаторічний досвід показує, що в області спорту інвалідів тренувальний процес та участь у змаганнях є



реальними способами фізичної, психічної та соціальної адаптації. Навчально-тренувальний процес розглядається як лікувально-педагогічна дисципліна, де в оптимальному співвідношенні функціонують лікувальні та педагогічні фактори, які забезпечують реалізацію фізичного, інтелектуального, емоційно-психічного потенціалу спортсмена-інваліда, які задовольняють естетичні та етичні потреби, досягнення спортивного удосконалення.

У спорті інвалідів виділяється 2 напрями:

- ✓ спорт вищих досягнень;
- ✓ рекреативно-оздоровчий спорт.

У першому напрямі технологія побудови тренувального процесу, структура та зміст педагогічних дій будуються на основі закономірностей термінової та довготривалої адаптації організму до фізичних навантажень, принципів та закономірностей спортивного тренування.

Змагання являються специфічною функцією адаптивного спорту і займають центральне місце у житті інваліда. Спортивні змагання це завжди суперництво, конкуренція, співвідношення реальних можливостей спортсмена відносно можливостей інших, це не лише демонстрація фізичної та техніко-тактичної підготовки, але і відносна мобілізація та саморегуляція психічного стану.

Для участі у змаганнях усі спортсмени-інваліди проходять спеціальну медичну комісію, яка відповідно до спортивно-медичної класифікації розподіляє спортсменів на рівні за своїми функціональними можливостями групи та класи.

В різних нозологічних групах інвалідів змагання мають свої особливості. Змагання інвалідів з порушеннями слуху, зору, ураженням опорно-рухового апарату носять жорсткі правила та вимоги, проводяться в умовах гострої боротьби.

В рамках другого напрямку адаптивний спорт виконує оздоровчо-рекреативну функцію, і виступає як засіб та методи ефективно-здорового відпочинку – відновлення та підтримку оперативної роботоздатності, розвиток фізичних якостей та здібностей в обраному виді спорту, організація цікавого емоційного дозвілля. Типологічними ознаками оздоровчо-рекреативного спорту є систематичне тренування (2-3 рази на тиждень), спеціалізація в одному виді спорту, участь у змаганнях тощо. Така форма спортивної діяльності загальнодоступна, реалізується добровільно у вільний час, і не є домінуючою у житті інваліда. До числа найбільш популярних

видів спорту відносяться: плавання, спортивні ігри ( баскетбол, в тому числі і на колясках, волейбол сидячи, міні-футбол, настільний теніс, хокей на полу, дартс, більярд, голбол, городки) різні види гімнастики (у тому числі шейпінг і аеробіка), легка атлетика(у тому числі на колясках), армреслінг, оздоровчі види східних єдиноборств тощо.

В залежності від того в якій соціальній сфері культивується оздоровчо-рекреативний спорт, специфіка занять модифікується відповідно до умов, складу групи, за віком, інтересах тих, хто займається (шкільні, студентські, спорт інвалідів зрілого віку).

#### Соціальні функції АФВ:

**Гуманістична функція.** Гуманізація фізкультурної освіти виражається перш за все в його меті: формування фізичної культури особистості як системи цінностей, які реалізуються через здоровий спосіб життя.

Гуманістична функція в сфері АФВ передбачає орієнтацію на особистісний розвиток:

-формування усвідомленого ставлення до будь-яких видів рухової активності як необхідній умові життєзабезпечення;

-формування знань, рухових умінь, фізичних якостей і здібностей для створення передумов до повноцінного самостійного життя, навчальної, професійної і інших видів діяльності;

-засвоєння інтелектуальних, валеологічних, етичних, естетичних цінностей фізичної культури, які сприяють створенню умов для розвитку особистості, свободи самовираження, самореалізації та самоактуалізації.

Гуманізм передбачає розуміння, допомогу людині з порушеннями в розвитку не лише з боку зацікавлених спеціалістів, але і з боку усього суспільства в цілому, де ще до сьогодні побутують такі поняття як: «виродок», «дебіл», «даун», «ідіот» т.д., які принижують гідність людини. Неадекватні установки по відношенню до інвалідів склались історично і зберігаються до сих пір у більшості населення.

**Соціалізуюча функція.** Соціалізація – це процес включення людини в життя суспільства, засвоєння досвіду соціального життя, зразків поведінки, соціальних норм, ролей і функцій, входження в соціальну сферу та соціальні групи.

Із визначення випливає, що соціалізація – складне явище, а для осіб з відхиленнями в стані здоров'я, а особливо інвалідів, виступає в

якості мети, так як входження людини у суспільство ставить високі вимоги до всебічного розвитку особистості. АФВ для даної категорії людей виступає як фундаментальна основа підготовки до самостійного життя і необхідні умови для життєзабезпечення, духовного та фізичного розвитку.

Процес соціалізація продовжується протягом усього життя, в ході якої людина вчиться бути членом сім'ї, групи, класу, суспільства тощо. Активні заняття АФВ в різних соціально-демографічних групах людей з обмеженими можливостями на кожному віковому етапі розвитку вирішують найскладніші завдання соціальної адаптації особистості, виховання психічних якостей, раціональної організації дозвілля, активного відпочинку, спілкування тощо. Все це позитивно впливає на інвалідів та їх оточення, оптимізує життєві інтереси та ціннісні орієнтації.

**Інтегративна функція** – означає включення різних категорій інвалідів в соціальні системи, структури, соціуми, які призначені для здорових людей, активна участь в основних напрямках життя і діяльності, самореалізація та розвиток особистих здібностей.

Соціалізація та інтеграція тісно взаємопов'язані між собою: чим вищий рівень соціалізації, тим більше шансів у людини включитися у діяльність інших груп, колективів тощо.

Інтеграція в суспільство дітей з обмеженими можливостями включає:

- вплив суспільства та соціальної сфери на особистість дитини з відхиленнями у розвитку;

- активна участь у даному процесі самої дитини (суб'єктивно-об'єктивна роль);

- удосконалення суспільства, системи соціальних відношень, яка в силу жорстокості вимог до своїх потенційних суб'єктів являється недоступною для дітей з обмеженими можливостями.

**Комунікативна функція.** Спілкування як соціальний процес має важливе значення для інвалідів, оскільки воно є складовою людського взаєморозуміння. У спілкуванні відображається потреба людини в емоційному контакті, у прояві своїх почуттів, отримання інформації, відчуття включення у будь-яку діяльність. Діти-інваліди через меншу мобільність мають обмежені можливості у спілкуванні. Складність спілкування заключається в тому, що більшість із них мають відхилення у розвитку мови. Корекції дефектів мови приділяється велике значення, здійснюють її логопеди, лікарі,

психологи. Засобами комунікативного спілкування є: мова, жести, звуки, міміка, пантоміміка, постави.

В процесі занять фізичними вправами використовуються вербальні та невербальні засоби спілкування. Якщо мовна функція збережена, вербальні засоби не викликають особливих труднощів. Невербальне спілкування характерне для спільної рухової діяльності на уроках фізичної культури, в рекреативних заняттях, спортивних тренуваннях, коли взаєморозуміння досягається без слів.

**Видовищна і естетична функція.** Видовище розглядається як особливий вид реалізації потреб в специфічній діяльності, яка пов'язана із естетичним, емоційним задоволенням, співпереживанням. Для дітей з відхиленнями у розвитку, обмеженням у спілкуванні, рухах видовищна функція має особливе значення. З раннього віку дитина повинна бачити, розуміти, відчувати красоту.

В АФВ ця потреба реалізується в процесі занять фізичними вправами. Всі діти хочуть мати гарну фігуру, правильну поставу, сильне тіло, для багатьох це є основним мотивом занять. Не випадково діти з розумовими відхиленнями займаються фігурним катанням, спортивною та художньою гімнастикою, діти з ДЦП – бальними танцями на колясках, аеробікою, виконуючи вправи з м'ячами, стрічками, обручами тощо, сліпі – ритмічною гімнастикою, танцями, демонструючи пластику, відчуття ритму.

Отже, АФВ являючись частиною фізичної та загальнолюдської культури, виконує важливі соціальні та педагогічні функції духовного та фізичного розвитку інвалідів та осіб з обмеженими функціональними можливостями. Усі педагогічні функції мають предметне вираження в діяльності, сутність яких заключається в багаторазовому використанні фізичної вправи – універсального засобу і методу ініціації рухової активності інвалідів. Соціальні функції органічно вплітаються в процес АФВ, розвиваючи духовну сферу, інтелектуальні, психічні здібності, формуючи активне відношення до цінностей фізичної культури, здорового способу життя.

### 2.3. Засоби адаптивного фізичного виховання

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

Вибір засобів визначається:

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

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

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

Використання ігор із оздоровчою метою ставить перед викладачем такі завдання:

- необхідність регулювання фізичного навантаження залежно від функціональних можливостей учасників;
- здійснення контролю адекватності емоційних переживань;
- удосконалення рухових навичок і якостей.

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

Нині в адаптивному спорті популярні такі спортивні ігри та єдиноборства:

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

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

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

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

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

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

Під час фізичних вправ у воді полегшуються статичні положення, досягаються повільні плавні рухи, швидкими рухами, завдяки підвищеному опору водного середовища, розвивається сила. У воді застосовуються ігрові вправи, ігри з елементами змагання, сюжетні ігри, естафети, ігри з м'ячем, фізичні вправи.

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

Вправи при опорному положенні (опора — дно басейну). При цьому рівень води знаходиться на рівні від поясу до плечей. Сюди належать ходьба, біг, стрибки, загальнорозвиваючі вправи, елементи

танцю, швидкісні пересування усією площею басейну бігом, стрибками; вправи на гнучкість.

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

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

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

*(Застосування засобів фізичного виховання різного характеру і змісту у профілактичних, коригуючих і тренувальних цілях повинно бути реалізоване на основі глибокого знання анатомо-фізіологічних особливостей відповідної патології, індивідуального підбору оптимальних фізичних навантажень з урахуванням функціонального стану систем організму).*

## 2.4. Методи адаптивного фізичного виховання

Із загальних методів у АФВ використовуються такі:

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

**Проблемний** – створюється проблемна ситуація. Викладач пропонує завдання, що спонукає до аналізу, порівняння, висновків (систематизації знань).

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

Одним із спеціальних методів АФВ є **пропедевтика** – це вивчення уявлень учня, його пам'яті, мислення, мови, моторики; навчання його орієнтації у просторі і типових ситуаціях; корекція

серйозних недоліків сприйняття; прищеплення навичок дисципліни та підвищення працездатності; формування мотивації до тренувань.

Окрім того, в корекційній педагогіці застосовуються такі технології: проективно-рефлексивне навчання, розвиваюче навчання, колективне творче виховання; реабілітаційні заняття. Велика увага приділяється нестандартним заняттям: інтегрованим, ігровим, змагальним, хореографічним, міжпредметним, бінарним, заняттям із різновіковими групами.

***Застосування різних методів формування дії по етапах алгоритму.***

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

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

Повторення: застосовуються дзеркальний, ігровий, змагальний методи.

Здійснення дії на словах: у парах або малих групах обговорюються проблеми, які виникали під час виконання вправи, що вивчається.

Індивідуальна самостійна робота учня: доведення дій, які вивчаються, до рухової навички, а також самостійний пошук варіантів виконання цих дій у нових умовах.

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

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



## 2.5. Форми адаптивного фізичного виховання

Різноманітність форм АФВ – добрий засіб підвищення мотивації до занять. Сьогодні можна виділити такі форми АФВ:

- ранкова гігієнічна гімнастика;
- уроки – заняття фізичними вправами в навчальних закладах;
- фізкультурні паузи;
- динамічні перерви;
- самостійні заняття фізичними вправами;
- прогулянки;
- загартовуючі процедури;
- купання, плавання;
- рухливі і спортивні ігри;
- туризм: близький і дальній;
- елементи спорту;
- спортивні змагання, спортивні свята;
- заняття з тваринами: плавання з дельфінами, іппотерапія.

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

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

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

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

Для ранкової гігієнічної гімнастики найбільше підходять фізичні вправи, які вже добре вивчені, легко дозуються, мають чітко виражену загальну або локальну дію, потребують незначних витрат на виконання.

Критерієм ефективності ранкової гігієнічної гімнастики є самопочуття і покращання функціональних проб учня.

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

Кожний урок повинен мати свою мету, конкретні завдання і засоби їх вирішення, матеріально-технічне забезпечення та документацію. Окрім того, відповідно до дидактичних вимог, організація уроку повинна забезпечувати оригінальність, раціональний розподіл часу, максимальну ефективність, спілкування учнів, їхню самостійність, активність, велику мовленнєву активність, діалог із викладачем. Завдання викладача в АФВ – знайти такий алгоритм уроку, який підводив би учнів до вирішення певної серйозної життєвої (рухової) проблеми. У свою чергу, для кожного завдання розробляються конкретні просторові, силові та часові параметри.

Діти мають потребу чітко уявляти, яка діяльність чекає їх на уроці. їм легше вчитися, коли вони знають вимоги викладача: що і коли йому від них потрібно. Для дітей це має велике значення, оскільки розвиває такі необхідні вміння, як планування особистого часу й організація процесу роботи. Матеріал уроку повинен бути доступним для огляду і зосередження на головній темі. Урок буде ефективним, якщо здивує учнів, викличе у них захоплення. Практика показує, що учнів спонукає до роботи наочність завдань, їхня доступність (простота сприйняття), колективна участь, знання учнями алгоритму виконання кожного завдання.

Варіанти створення мотивації на уроці:

- пропонується завдання на кмітливість;
- дається завдання на повторення матеріалу, що був пройдений раніше;
- дається завдання для тренування пам'яті та спостережливості;
- пропонуються завдання, що розкривають актуальність вивчення запланованого на цей урок матеріалу;
- обговорюються варіанти виконання домашнього завдання, що задавалося на попередньому уроці (це завдання повинне стосуватися актуальної проблеми, бути певною мірою незвичним, цікавим і доступним для кожного учня);

• розглядається актуальна проблема, яка гостро стоїть перед одним із учнів, увесь колектив шукає способи її вирішення.

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

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

Методичні вказівки:

- вправи виконуються в послідовності зверху вниз;
- спочатку працюють без предметів, потім переходять до предметів;
- використовують танцювальні та ігрові вправи.

В *основній частині* спеціальна розминка повинна підготувати організм до виконання специфічних завдань уроку, тому її вправи повинні бути адекватними як стану учня, так і навчальним завданням. Ефективне використання підвідних вправ. Часто перед виконанням нового завдання в АФВ необхідно кілька хвилин присвятити звільненню учнів від страху перед його виконанням, налаштувати їх на вільну (і творчу) працю.

Основна частина уроку вирішує основні завдання, триває 2/3 урочного часу, містить підвідні й основні вправи, періоди активного відпочинку між ними.

В основній частині уроку фізіологічна послідовність вправ така:

- складно-координаційні;
- швидко-силові;
- силові;
- вправи на витривалість.

Алгоритм виконання завдання:

- формулювання завдання;
- виділення головних моментів виконання завдання;
- запитання на розуміння завдання учнями;
- виконання завдання учнями;
- створення перешкод виконанню завдання;
- пошук шляхів подолання перешкод;
- пошук аналогій;
- узагальнення;
- створення нових умов;
- підведення підсумків;

-аналогічне легке завдання, котре принесе учню радість під час його успішного виконання.

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

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

**Динамічна перерва** призначена для активного відпочинку у навчальному процесі. Її тривалість визначається навчальним розкладом. Засоби динамічної перерви:

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

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

### **3. ОСНОВНІ ЗАКОНАМІРНОСТІ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ АФВ**

Вся людська діяльність, інтелект, праця, почуття, спілкування, емоції спонукаються 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. Матвеев 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. Сермеєв 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 структура, 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. Сермеєвим, 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.

### 3.1. 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 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 збереженням 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.

### **3.2. 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 невідновлення 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 сповласної розвитку швидкісних, силових якостей, спеціальної витривалості.

В адаптивному фізичному вихованні 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, кардіореспіраторної та ін. систем. В адаптивному спорті дорослих інвалідів всі режими використовуються відповідно до завдань, етапами підготовки, рівнем тренуваності і стану здоров'я.

Деяке інше тлумачення і зміст поняття «двигунний режим» використовується в лікувально-відновлювальній реабілітації. Він передбачає раціональний розподіл різних видів рухової діяльності хворого протягом курсу лікування, розрахованого на мобілізацію і стимуляцію захисних і пристосованих 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) .

### **3.3. Етапність розвитку фізичних здібностей**

У розвитку фізичних здібностей умовно виділяють три етапи: *етап підвищеного рівня розвитку фізичних здібностей, етап досягнення максимальних показників і 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 ефективною 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-якої якості або його негативний вплив на інше приводить до дисгармонійного розвитку і зниження результатів.

## **4. ПРИНЦИПИ РОЗВИТКУ ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

Коли говорять про принципи розвитку фізичних здібностей, то мають на увазі побудова системи фізичного навантаження, її обсягу, інтенсивності, розподілу в часі, прогнозування та досягнення конкретних результатів педагогічного впливу за рахунок зміни функціонального стану людини. У адаптивної фізичної культури можуть бути застосовані не всі принципи. Наприклад, тільки в адаптивному спорті і реабілітації осіб після ампутації і спинних травм реалізується такий принцип, як граничне і максимально нарощування фізичного навантаження. При цьому в кожному виді спорту є свої норми і обмеження, пов'язані з медичними протипоказаннями. В системі адаптивного фізичного виховання першочерговим завданням є забезпечення моторної діяльності, активізує корекцію і компенсацію рухових порушень, в процесі якої і розвиваються фізичні здібності.

Тому головна особливість усіх видів адаптивної фізичної культури полягає в тому, що кожна вправа і навантаження в цілому несе корекційну спрямованість, а їх багаторазове повторення - розвиваюче.

### **4.1. Принцип зв'язаного розвитку координаційних і кондиційних фізичних здібностей**

Дослідження, проведені в спеціальних освітніх учнів дітей з порушеннями мови, зору, слуху, інтелекту, свідчать про те, що найбільш серйозні відхилення моторики поширюються на сферу координаційних проявів. Ці відхилення є однією з головних причин, що ускладнюють процес формування рухових умінь, розвиток фізичних здібностей. Несприятливі показники загального фізичного статусу учнів, вторинні відхилення в розвитку соматичної і рухової сфери, порушення гармонії у фізичному розвитку характерних для всіх типів аномалій.

При проведенні занять необхідно враховувати одну з головних методичних положень: оптимальне поєднання координаційних вправ з спрямованим розвитком фізичних якостей. Для сполучення дії на координаційні та кондиційні фізичні здібності застосовуються в

різних поєднаннях загально- та спеціально- підготовчі координаційні вправи. Приклади з'єднання силових, швидкісно-силових і координаційних здібностей: метання м'яча (правої, лівою рукою) на відстань, рівну  $1/2$ , або  $1/4$  від максимальної дальності метання; чергування метань (кидків у ціль) при використанні снарядів (м'ячів) різної маси; стрибки в довжину або вгору з повну силу, в  $1/2$ ,  $1/3$  сили і т.д. Варіанти з'єднання швидкісних і координаційних здібностей: чергування бігу з максимальною швидкістю зростання на короткі відрізки з бігом зі швидкістю 30-70% від максимальної (з обов'язковим визначенням часу пробігання відрізка самим учнем і корекцією бігу педагогом); чергування пробігання рівних відрізків по прямій з подоланням їх при зміні напрямку руху, темпу, швидкості бігу, довжини кроку та ін. Прикладами вправ, що з'єднують розвиток витривалості та координаційних здібностей, є: тривалий біг з перешкодами або змінами напрямку і швидкості за сигналом. Координаційні вправи, в яких гармонійно поєднані вимоги до гнучкості і координаційним здібностям, вправи, що виконуються з предметами (палицею, м'ячем, обручем), на гімнастичній стінці, в парах, елементи акробатики, аеробіки, танцю та ін.

#### **4.2. Принцип вікової адекватності педагогічних впливів**

Терміни настання сприятливих періодів розвитку різних координаційних і кондиційних здібностей у учнів загальноосвітньої і корекційних шкіл не збігаються, тому що діти з аномаліями розвитку часто відстають в темпах біологічного дозрівання, а також мають відмінний від здорових дітей механізм розвитку фізичних здібностей.

І. Горською встановлено, що у школярів з порушенням інтелекту більшість сенситивних періодів розвитку базових координаційних здібностей припадає на віковий діапазон 9-12 років; у школярів з порушенням мови, слуху на вік 8-11 років. У школярів з порушенням зору - 8-12 років, тобто більшість сензитивних періодів розвитку координаційних здібностей приходить на вік 8-12 років, тому цілеспрямоване їх розвиток повинен здійснюватися в молодшому і середньому шкільному віці, при цьому орієнтуватися треба не на усереднені, а на індивідуальні по-показники, що дозволяють визначити зони найближчого розвитку для кожної дитини.

### **4.3. Принцип оптимальності педагогічних впливів**

Для осіб з обмеженими можливостями цей принцип означає насамперед оптимальну міру впливу фізичного навантаження на організм, стимуляцію адаптаційних і компенсаторних процесів. В якості стимулів виступають фізичні вправи, різні за характером, спрямованості, координаційної складності, обсягу, інтенсивності, методам організації. Важливо, щоб психофізична навантаження не перевищувала допустимих величин і відповідала оптимальним реакцій.

Оптимальним режимом для дітей з обмеженими можливостями вважається психофізична навантаження, при якій частота серцевих скорочень (ЧСС) не перевищує 150-160 ударів. Якщо допустимі межі перевищені, то необхідно знизити навантаження шляхом збільшення інтервалів відпочинку, зниження темпу виконуваного завдання, умов їх виконання.

### **4.4. Принцип варіативності педагогічних впливів**

Монотонні, неемоційним вправи погіршують увагу дітей, викликають рухове занепокоєння, зміну настрою аж до агресії, спад активності, зниження вольового контролю, що обумовлено особливостями реакції ЦНС, що має дефектну основу.

Варіативність методів і методичних прийомів, включення ігрового компонента, музичний супровід, швидкість переключення, дрібність завдань, імпровізація, зміна зовнішніх умов та ін. Створюють сприятливий емоційний фон на занятті, що дозволяє вирішувати в доступному обсязі завдання розвитку фізичних можливостей. Пріоритетна роль у цьому процесі належить рухливим ігор. Різні ігрові ситуації змушують дитину швидко змінювати характер і напрям рухів, проявляти різну ступінь зусилля, орієнтуватися в просторі, стрімко тікати або за сповільнює темп рухів, переносити вантаж, точно відміряти відстань, потрапляти в ціль та ін..

На думку В. Чепика, в оздоровчих заняттях підлітків рухливі ігри повинні займати до 60% часу. А в спеціально організованих рекреативних заняттях розумово відсталих школярів вони займають всі 100%, викликаючи незмінний інтерес і бажання грати. 3-разові на тиждень годинні заняття протягом двох років дали істотне поліпшення як координаційних, так і кондиційних фізичних

здібностей дітей з порушеннями інтелекту. Рухливі ігри підбираються з урахуванням основного дефекту, реальних психічних і фізичних можливостей осіб які займаються.

#### **4.5. Принцип діагностики рівня розвитку фізичних здібностей**

Групи займаються в силу різноманітних патологічних порушення не можуть бути однорідними і стабільними, що ускладнює диференційований та індивідуальний підхід до нормування педагогічних впливів. Клінічних, нейрофізіологічних, психологічних показників недостатньо, щоб визначати оптимальні величини дозування фізичного навантаження.

Методичною основою управління процесом індивідуальної фізичної підготовленості осіб з обмеженими можливостями є діагностика фізичного розвитку, вторинних порушень, що виявляються в різних локомоціях, координаційних і кондиційних здібностей. Вимірювання параметрів фізичного розвитку (довжини, маси тіла, окружності грудної клітки, життєвої ємності легень, стану постави, гомілковостопних суглобів), оцінка координаційних здібностей (точності диференціювання зусиль, простору, часу, рівноваги, розслаблення, здатності засвоєння ритму та ін.), кондиційних здібностей (сили, швидкості, витривалості, спритності), показників розвитку основних рухів (ходьби, бігу, стрибків, метань) дає інформацію про стан збережених функцій, індивідуальних потенційних можливостей організму.

Динамічна діагностика дозволяє виявити сенситивні періоди, зони найближчого розвитку, планувати програми комплексного розвитку фізичних здібностей, вибирати оптимальні шляхи корекції і компенсації рухових порушень.

## 5. РОЗВИТОК ФІЗИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ В АДАПТИВНОМУ ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ

### 5.1. Розвиток силових здібностей

Будь 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 напруження. Цілком очевидно, що інваліди та особи з обмеженими можливостями, відчуваючи дефіцит рухової активності, мають знижені в порівнянні з досвітовими показники м'язової сили, але потреба у розвитку сили неоднакова. Діти з порушеннями зору, слуху, мови, із затримкою психічного розвитку та розумовою відсталістю в більшості своїй мають низький соматичний статус, слабкий фізичний розвиток, вторинні порушення і потребують зміцнення всіх м'язових груп. Інші з них займаються адаптивним спортом, де до розвитку м'язової сили пред'являються підвищені вимоги. Для дітей з ДЦП силові вправи підбираються індивідуально залежно від типу і ступеня ураження рухової системи. 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 методикі 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 проявлятися 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 кістково-зв'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 обмеженими 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 гир, 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;

- 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.

Облік вихідного рівня функціонального стану, реальних силових можливостей збережених функцій, визначення оптимальних величин фізичного навантаження дозволяють розвивати силові здібності, контролювати адаптаційні і компенсаторні процеси інвалідів з порушеннями функцій спинного мозку.

В якості методу розвитку м'язової сили для інвалідів з ураженням опорно-рухового апарату застосовується *електроміостимуляція*, яка, як і силові вправи, призводить до збільшення фізіологічного попереку і сили м'язів. позитивна роль електроміостимуляції 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 швидко-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 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. Методика силової рекреації, популярна в Болгарії як засіб оздоровлення молоді, показала її ефективність у роботі зі сліпими та слабозорими школярами старших класів, надавши позитивний вплив на силу м'язів рук і плечового пояса, ніг і черевного преса, а також на психічний стан юнаків (А. В. Мухіна,).

Важливою проблемою розвитку силових здібностей є необхідність розробки самостійних форм занять фізичними вправами для інвалідів, що випробовують на собі негативний вплив гіподинамії і не мають можливості займатися в організованих групах. Найбільш адекватним вирішенням даної проблеми являється методика

В. Фохтіна, що представляє систему автономної гімнастики з динамічних та статичних вправ з самоопором. Методика не залежить від зовнішніх умов - часу, місця, не вимагає спортивних снарядів, легко освоюється і регулюється по величині м'язової навантаження, амплітуді і швидкості рухів. У залежності від інтенсивності та обсягу навантаження вона може використовуватися як ранкова гімнастика, атлетична гімнастика, як засіб профілактики остеохондрозу, 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. Так, юнаки 14-17 років змогли освоїти координаційно-складні вправи для розвитку сили м'язів тулуба. Вправи для м'язів ший, рук і плечового пояса освоєні пацієнтами у віці 12-13 років з важкою формою ДЦП. Крім того, в процесі занять відзначено зміна емоційного стану людей які займаються, поліпшення психічного тону, прояв позитивно окрашених установок у поведінці.

В даний час великою популярністю користується методика В. Дікуля, що застосовується в реабілітації хворих із спинними травмами, наслідками запальних та судинних захворювань спинного мозку, а також дитячого церебрального паралічу. Основним критерієм для показання до призначення методики В. Дікуля є слабкість і атрофія м'язів. Освоєння методики здійснюється

послідовно – від ідеомоторних актів у повністю нерухомого хворого до навчання ходьби і відновлення самостійних рухів пацієнтів. Особливість методики полягає в тому, що на тренажері можливе виконання 600 вправ, тонке дозування навантаження за допомогою широкого набору вантажів, тестування результатів тренування. Теоретичною основою ефективності методики є не тільки збільшення м'язової сили за рахунок зростаючих навантажень, але і регенерація пошкоджених відділів спинного мозку в результаті включення механізму у зв'язку в системі м'яз - нерви - спинний мозок.

## **5.2. Розвиток швидкісних здібностей**

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 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 стежати 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.

*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 кожній нозологічній 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 тренуваних, але кожен має свою природу і методику розвитку. Якщо довжина кроку визначається силовими і швидко-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.

### 5.3. Розвиток витривалості

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 (серцево-судинної 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 (включаючи 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 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 140-165 уд./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 короточасну 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 третьому - підтримка високої швидкості тривалий час (біатлон, гонки на санях з ковзанами, лижі-снях, 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, 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 опорно-рухових 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 спортсменів-інвалідів 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 тренуваності, 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», «кранпінг», «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.

## 5.4. Розвиток гнучкості

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 тону м'язів, рівень міжм'язової координації);
- морфологічний і функціональний стан суглобів (суглобної поверхні, суглобових капсул, положення суглобових зв'язок, наявність вираженої або придбаної обмеженої рухливості);
- психологічний стан (порог 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'язово-зв'язкового апарату може викликати «розбовтаність» в суглобах, розтягнення, порушення постави. Звідси впливає 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.

2. 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 положення 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, ліктювих, 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.

4. 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°C.

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 розтягнутих 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; самотійно 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, підошвіне 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, випаді вперед і в сторони; нахили вперед з положення ноги нарізно, разом, стоячи на гімнастичній лаві; помахі 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 самотійно; то ж, але повільно з фіксуванням верхньої точки амплітуди, з обтяженням.

Ступінь їх використання, а також дозування визначається потребою 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 ураженні 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'язово-зв'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 спортивній 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.

## 6. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ГЛУХОТІ

### 6.1. Основні поняття, мета і завдання АВФ при глухоті

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

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

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

- рефлексорних рухових реакцій на слухові подразники;
- відчуття рівноваги;
- функції окорухових м'язів;
- функції оральних, артикуляційних, фарин- і ларингенальних м'язів;
- несвідомих автоматичних рухів, які забезпечуються екстрапірамідною системою;
- вегетативних реакцій організму.



**Причини і локалізація ушкодження органа слуху впливають на сприйняття звуків**

Мета і завдання викладача	Зміст практичної роботи
<p>Знання і розуміння цінностей учня, його мети, проблем, бажань, старань, інтересів.</p> <p>Знання і розуміння переконань учня, діапазону його можливостей і здібностей</p>	<p>Визначити коло інтересів учня.</p> <p>З'ясувати зміст самостійних дій учня.</p> <p>Виявити пріоритети учня у виборі предметів діяльності спортивного інвентарю.</p> <p>З'ясувати самооцінку учня, виявити причини його сумнівів, побоювань, тривоги, страхів</p>

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

*Порушення рухової активності може мати такі прояви:*

- проблеми збереження статичної і динамічної рівноваги;
- низький рівень розвитку просторової орієнтації;
- уповільнене оволодіння руховими вміннями і навичками;
- збільшення часу рухових реакцій і реакцій за вибором;
- зниження станової сили;
- відставання у стрибучості;
- нераціональний розподіл фізичних зусиль під час руху;
- низький темп рухів;
- погіршення рухової пам'яті;
- зниження здатності ідентифікувати людей і об'єкти;
- неадекватне зниження відчуття безпеки;

- перевага зорово-м'язових уявлень над м'язово-руховими;
- зниження точності сприймання;
- зниження точності відтворення часових параметрів;
- недосить точна координація і невпевненість рухів.

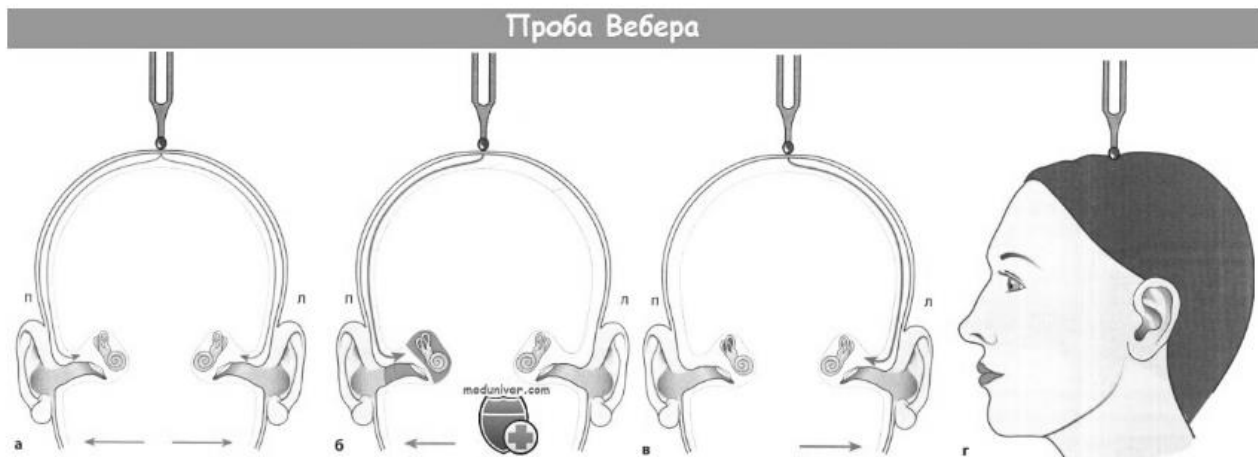
## 6.2. Тестування при глухоті

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

**Проба Вебера** заснована на бінауральному порівнянні кісткової провідності. Вібруючий камертон прикладають ніжкою до черепа посередині тімені. При нормальному слуху і при симетричній приглухуватості пацієнт локалізує тон в центрі голови або однаково обома вухами. При односторонній кондуктивній приглухуватості (ураження середнього вуха) він чує тон ураженим вухом, в той час як при односторонньому ураженні внутрішнього вуха тон чуємо здоровим вухом.

Теоретичні передумови проби:

- При ураженні середнього вуха зменшується рухливість ланцюга слухових кісточок, тому вона гірше проводить звукові коливання, ніж при фізіологічних умовах (теорія згасання звуку Маха).
- Патологічний процес в середньому вусі збільшує масу звукопровідного апарату, тому він впливає на внутрішнє вухо з більшою силою у зв'язку із збільшеною інерцією, тобто стимуляція внутрішнього вуха посилюється (інерційна теорія).



(Ножку вібруючого камертона прикладають до центрально-тім'яної області по серединній лінії. **а** - одинакове звучання із звуком з обох сторін говорить про симетричні слухачі, **б** - при кондуктивній тугоухості відбувається латералізація звуку до ураженого вуха

(справа). **в** – при нейросенсорній тугоухості відбувається латералізація звуку в стороні вуха, яка чує краще (зліва). **г** - Правильне розташування вібруючого камертона.)

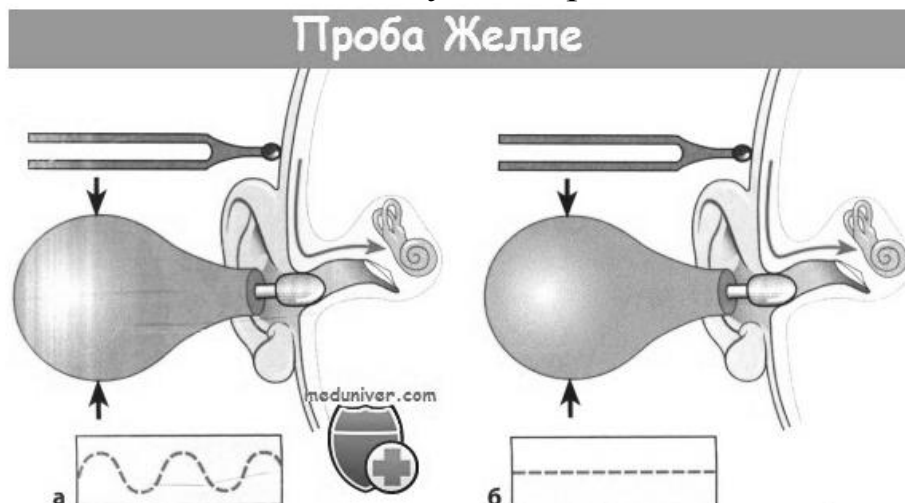
**Проба Ринне.** Ця проба ґрунтується на монауральному порівнянні повітряної і кісткової провідності. Якщо повітряна провідність переважає над кістковою, проба Ринне вважається позитивною. Така картина характерна для нормального слуху і нейросенсорної приглухуватості (ураження внутрішнього вуха). Якщо кісткова провідність переважає над повітряною, проба Ринне вважається негативною. Така картина характерна для кондуктивної приглухуватості при ураженні середнього вуха. Вібруючий камертон утримують поблизу вуха і потім, не вдаючись до повторної активації, прикладають до соскоподібного відростка і просять пацієнта сказати, в якому становищі він чує звук камертона краще. Якщо пацієнт не може відповісти, вимірюють період згасання тону при повітряній і при кістковій провідності.



(Порівняння повітряної і кісткової провідності на одній стороні: **а** - при нормальному слуху проба Ринне позитивна: повітряна провідність перевищує над кістковою, тобто звучання камертона, розташованого поблизу вуха, більш гучне і сприймається більш тривалий час. **б** - негативна проба Ринне - ознака кондуктивної приглухуватості. Звучання камертона, прикладеного до соскоподібного відростка більш гучне і сприймається більш тривалий час. **в** - позитивна проба Ринне при нейросенсорній приглухуватості. При перевірці повітряної провідності звук чується голосніше і довше, ніж при перевірці кісткової провідності, але менш тривало, ніж при нормальному слуху.)

**Пробу Желле** виконують для визначення рухливості слухових кісточок при отосклерозі і ступеня фіксації ковадла. Цю пробу в

даний час витіснила імпедансна аудіометрія.



*(Нерухомість ланцюга слухових кісточок приводить до кондуктивної приглухуватості: а – при нормальному слуху компресія балона Политцера викликає коливання гучності сприйманого звуку. б – при фіксованих слухових кісточках коливання гучності сприйманого звуку відсутні)*

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

*(Проба Ромберга — неврологічний тест за допомогою якого оцінюють статичну координацію людини, зокрема при підозрі на алкогольне сп'яніння. Проба Ромберга базується на принципах того, що індивід для збереження рівноваги свого тіла повинен використовувати як мінімум два з трьох наступних елементів: пропріоцептивну чутливість (здатність відчувати положення свого тіла в просторі); вестибулярну функцію (здатність відчувати положення своєї голови в просторі) та зір (за допомогою якого коригуються дії при зміні положення тіла). Існує проста і ускладнена проба Ромберга:*

*Простра проба проводиться коли пацієнт стоїть із здвигнутими стопами ніг, руки вперед, пальці рук роздвинуті, очі закриті.*

*Ускладнена проба більш інформативна, при ній вимагається зняти взуття. Приймається вихідне положення стоячи на одній нозі, друга нога зігнута в коліні вперед і доторкається подошвою стопи до колінного суглобу опорної ноги, руки вперед, пальці рук роздвинуті, очі закриті.*

*При оцінці проби Ромберга звертається увага на ступінь стійкості (чи стоїть людина нерухомо, гойдається), тремтіння*

*повік і пальців (тремор), і головне, тривалість збереження рівноваги. Збереження стійкого положення більш ніж 15 с без тремору оцінюється як норма; невеликий тремор повік і пальців при утриманні положення за 15 с — задовільно; якщо положення утримується менше ніж 15 с — незадовільно).*

Оцінюючи рухові якості, особливу увагу приділяють тестуванню:

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

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

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

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

Фізичне виховання глухих має ряд специфічних завдань.

Розвиток сприймання:

- вестибулярне тренування;
- удосконалення просторового орієнтування;
- розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети;

- підвищення швидкості переключення уваги з метою кращого орієнтування;

- удосконалення реакції за вибором;
- підвищення швидкості рухових реакцій.
- розширення м'язово-рухових уявлень;
- розширення обсягу рухової пам'яті.

Із умінь і навичок при глухоті дуже важливо розвивати:

- раціонально аналізувати ситуацію;
- уміння здатність встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями;
- раціональний розподіл фізичних зусиль.
- Завдання вирішуються такими засобами фізичного виховання:
- загальнорозвиваючі фізичні вправи;
- циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді);
- дихальні вправи (з тривалим видихом);
- вправи для хребта;
- вправи для розвитку координації;
- елементи гімнастики;
- елементи акробатики;
- аеробіка;
- танцювально-ритмічні вправи;
- танці;
- види спорту: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і греко-римська, боулінг, бочче, волейбол, гольф, дзюдо, теніс, футбол, хокей, хокей із м'ячем, шашки, шахи.

### **6.3. Особливості методики адаптивного фізичного виховання глухих**

Стратегія процесу фізичного виховання базується на таких вихідних даних, як причина патології, її прояви, наявність ускладнень і супутніх рухових порушень. У формуванні рухових уявлень, умінь і навичок рекомендується така послідовність тем:

- Положення голови (при глухоті часто для кращого уловлювання звуку людина повертає або нахилиє голову, що негативно впливає на поставу, хребет).

- Правильне дихання.

•Рациональне положення (ця тема дуже важлива при ураженнях вестибулярного аналізатора).

•Фундаментальні властивості руху.

•Довільні і мимовільні рухи.

•Рух очей, що організує рух тіла.

•Координація згиначів і розгиначів.

•Рух і дихання.

•Рациональна дія.

•Просторові відношення як засіб координації та рационалізації дії.

До особливостей методики фізичного виховання глухих належать наступні положення:

•учитель повинен володіти знаковою мовою;

•заняття з глухими вимагають більш ретельного пророблення рациональних наочних понятійних повідомлень;

•більш широко використовується арсенал відеоматеріалів (візуальних образів);

•уміння, що вивчаються, завжди демонструються наочно;

•викладач, спілкуючись з учнями (наприклад, у разі подачі нового матеріалу), повинен обирати добре освітлене місце, стояти обличчям до учнів таким чином, щоб вони добре бачили його обличчя і губи (артикуляцію);

•під час словесного пояснення пам'ятати про виразність своєї артикуляції: говорити повільно, ясно; доповнювати мову відповідними мимічними виразами і жестами;

•уникати миміки і жестів, які не стосуються теми питання, що розглядається;

•у процесі спілкування з учнями викладач повинен бачити їхні очі (зворотну реакцію);

•викладачу час від часу необхідно запитувати учнів, як вони зрозуміли матеріал, який він викладає;

•краще двічі перевірити, щоб переконатися в тому, що учні все зрозуміли правильно, особливо, якщо мова йде про профілактику травм;

•кожні 15 хв. робити перерви (інтервал обумовлено часом концентрації уваги, після якого розвивається стомлення);

•обирати ігри з простими правилами; використовувати наочні тактильні та кінестезичні підказки (світло, яскраві прапорці, кеглі, м'ячі);

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

## 7. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ СЛІПОТІ



### 7.1. Основні поняття, мета завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при сліпоті

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



світловідчутті на рівні відмінності світла і темряви або залишкового зору, що дозволяє порахувати пальці руки близько до обличчя, розрізняти контури, силуети і кольори предметів безпосередньо перед очима, говорить про *практичну сліпоту*. Слабкобачення — гострота зору кращого ока з корекцією зору становить 0,05—0,04, що дозволяє бачити за сприятливих умов, коли до зору не ставиться високих вимог.

До сліпоти призводить багато причин: уроджені дефекти структур ока, інфекційні захворювання, запалення і травми очей.

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

- людина бачить предмет, може описати його окремі ознаки, але не може назвати, охарактеризувати цей предмет;

- втрачено здатність орієнтації у просторових ознаках навколишнього середовища (порушення орієнтації *праворуч—ліворуч, верх—низ, ближче—далі*);

- звужений обсяг зорового сприйняття;

- утрачена здатність розрізняти обличчя або кольори.

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

- із повною відсутністю зору;
- які мають світловідчуття, що дозволяє розрізняти світло й тінь;
- які володіють залишковим зоровим сприйманням, яке дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів;
- із гостротою зору від 0,01 до 0,04, яке дозволяє за допомогою зору орієнтуватися в переміщенні і розрізняти на деякій відстані форми предметів і яскраві кольори;
- із гостротою зору від 0,05 до 0,08, при якій можна сприймати обриси предметів, кольорові відтінки, розрізняти на відстані предмети, що рухаються, бачити контрастні зображення, контури, кольорові ілюстрації, читати крупний шрифт;
- із гостротою зору від 0,09 до 0,2 і вище, що дозволяє зорово орієнтуватися у просторі, контролювати свій трудовий процес, сприймати спеціальний навчальний матеріал, читати, писати.

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

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

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

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

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

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

Сліпі й діти, що слабо бачать, відстають у фізичному розвитку: за масою і довжиною тіла, життєвою ємністю легенів, об'ємом грудної клітки та іншими антропометричними показниками (при цьому динаміка фізичного розвитку не порушується). При сліпоті часто мають місце хвороби серцево-судинної і дихальної систем, опорно-рухового апарату (викривлення хребта, плоскостопість), хвороби органа слуху, порушення обміну речовин. У дітей відмічається енурез, церебрастенія, вегетосудинні порушення, неврози. В той самий час частіше причиною зниження функціональних можливостей сліпих є низька рухова активність і детренованість організму. Це впливає і на формування рухових якостей. Найбільше при сліпоті страждає функція рівноваги, швидкість, відчуття ритму, координація, точність рухів. Спостерігається затримка розвитку статичної витривалості. Значно відстають сила і швидко-силові якості. Знижена здатність диференціювання та відтворення просторових і часових характеристик руху. Сліпим від народження або тим, хто рано осліп, як правило, важко уявити великі розміри і форми, які не піддаються дослідженню дотиком.

При патології органа зору в АФВ особливу увагу приділяють питанню *допуску до занять*. До занять фізичними вправами отримують допуск особи з патологією, при якій відсутній ризик погіршення функції зору від фізичного навантаження. Такі хвороби виділяють у групу *А*. До цієї групи належать не прогресуючі форми короткозорості, атрофія і субатрофія очного яблука та інші види абсолютної сліпоті незалежно від їхнього походження за умови відсутності запального процесу, схильності до крововиливів і больового синдрому, а також пігментна абіотрофія сітківки, центральні хориоретинальні дистрофії, уроджені аномалії розвитку очного яблука, не прогресуюча атрофія очного нерва, помутніння рогівки, катаракта. Діти, включені до групи *А*, не потребують особливих обмежень при заняттях фізичною культурою. Група *Б*

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

*Формуючи групи для занять АФВ, враховують:*

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

В обов'язкі лікарсько-педагогічного контролю занять АФВ в обов'язковому порядку раз на рік проводяться диспансерний огляд за участю лікарів-фахівців (офтальмолог, хірург, педіатр (терапевт), невропатолог, отоларинголог, стоматолог, уролог), а також лабораторні й інструментальні дослідження.

Поточний лікарсько-педагогічний контроль має такі особливості: особлива увага приділяється офтальмологічному контролю з урахуванням об'єктивних і суб'єктивних відчуттів (зокрема, скарги на затуманення зору можуть свідчити про підвищення внутрішньо-очного тиску, що дуже небажано при патології органа зору). З цих самих положенняцій оцінюються і реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.

Фізична підготовка дітей із вадою зору має два напрями: загальний і спеціальний. Вона націлена на вдосконалення неушкоджених сенсорних реакцій (тактильних, слухових та ін.), покращення концентрації уваги, збільшення об'єму сенсорних уявлень, розвиток мислення, пам'яті (образної і рухової), уявлення, творчих можливостей.

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

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

Загальні завдання:

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

Специфічні завдання:

- розвивати стійкість, статичну і динамічну рівновагу; сприйняття навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприйняття простору в цілому;
- удосконалювати навички орієнтування у просторі за допомогою неушкоджених сенсорних систем;
- ліквідувати скутість та обмеження рухів;
- розвивати здатність відчувати й оцінювати швидкість рухів, їхню амплітуду, ступінь навантаження й розслаблення м'язів;
- удосконалювати усі характеристики рухів;
- розширювати рухові уявлення, рухову пам'ять, обсяг рухових умінь (навичок);
- коректувати недоліки фізичного розвитку, розвивати спритність, силу;
- при слабкобаченні — розвивати зорово-моторні реакції.

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

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

**Тифлотехніка фізичної культури** — сукупність тифлологічних приладів і пристосувань, які допомагають незрячим людям оволодівати рухами тіла, займатися спортивною ходьбою, бігом, стрільбою, плаванням та ін. Сюди належать тактильні й вібраційні дисплеї, візуальні дисплеї для тих, хто слабо бачить, полісенсорні діагностичні пристрої, засоби оптичної корекції, аудіовізуальні прилади й апарати, електронно-оптичні запам'ятовуючі системи, спеціальні замкнені телевізійні пристрої з відеозаписом, апаратура, призначена для визначення еталонів і порівняння.

## 7.2. Методи навчання спортивної техніки

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

**Метод словесного описування дій**, які необхідно виконувати спортсмену-адаптанту, містить опис частин тіла, що беруть участь у виконанні цих рухів. Контроль техніки виконання, активізація та поглиблення сприйняття, оцінка результатів, напрям поведінки тих, кого навчають, вимагають більшої майстерності володіння словом.

**Метод вибірково-сенсорної демонстрації** має на увазі відтворення окремих рухів (частіше за все часових і просторово-часових) за допомогою апаратурних пристроїв, які дозволяють сприйняти на слух параметри, що засвоюються (наприклад, акустична демонстрація за допомогою метронома або радіоапаратури).

**Метод спрямованого «відчуження» рухів** у простіших випадках виражається зосередженням уваги учня, на сприйняття сигналів від м'язово-зв'язкового апарату у крайніх точках амплітуди рухів. У процесі тренування вдосконалюють пропріоцепцію. Так, рекомендується повторювати пояснення і показ правильного виконання вправ 4-8 разів, після чого вислухати 2-3 відповіді учнів, про виконання вправ. Після цього викладач пояснює положення окремих частин тіла у вправі, а діти, виконуючи її, визначають і оцінюють точність рухів. Після закріплення рухової техніки переходять до вдосконалення навички в ускладнених умовах.

Як спеціальний метод можна розглядати застосування спеціальних тренажерів і різних пристосувань, що «примусово» задають параметри рухів, які вимагаються, дозволяючи практично відчувати їх.

Як окремий випадок попереднього методу можуть використовуватись автокардіолідери, які задають програму вправ циклічного характеру, за частотою серцевих скорочень порівнюють

задану частоту з фактичною, що регулюється у того, хто навчається, за допомогою автоматичного електронного пристрою.

**Метод лідирування** (метод сенсорного програмування) полягає у застосуванні звуколідерів у бігу для тренування «прямого бігу», що за даної нозології є одним із найскладніших етапів навчання.

До сучасних технічних методів належить **метод термінової інформації**, який передбачає екстрене отримання тим, хто навчається, об'єктивних відомостей про хід рухів з метою їх корекції або збереження заданих параметрів шляхом зв'язку по радіо або завдяки мініатюрним електронним звуковим інформаторам, які прикріплюються на тіло спортсмена і подають сигнал про порушення техніки виконання рухів, або тензоелектронних пристроїв моделювання гучності звуку, що подає інформацію про величину зусиль, які прикладаються до снаряда.

У ході занять можна також керуватися методами суворо регламентованої вправи, такими, як:

**метод роздільно-конструктивної вправи** (розучування дії у розчленованому вигляді з послідовним об'єднанням частин у ціле);

**метод вибіркової вправи** (вибіркова дія на окремі сторони структури рухів або окремі фізичні якості).

*Особливістю методики АФВ при сліпоті є розвиток:*

- м'язово-суглобового відчуття;
- орієнтування у просторі;
- орієнтування у часі.
- здатності відчувати темп і бистроту рухів, їхню амплітуду і ступінь навантаження м'язів.

У роботі з незрячими розрізняють два види орієнтації у просторі: макроорієнтацію (у просторі, який не має обмежень) і мікроорієнтацію (в «малому» просторі, обмеженому зоною дії рук).

Для правильного сприйняття при слабкобаченні необхідно створити певні умови: забезпечити достатню кутову величину об'єктів, контрастність, яскравість, необхідний рівень освітлення.

## 8. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ТА УРАЖЕННЯХ СПИННОГО МОЗКУ



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



## 8.1. Адаптивне фізичне виховання при станах після ампутації

**Ампутація** — хірургічна операція, яка полягає в повному або частковому відтинанні будь-якого органа (кінцівки тощо). Аналогічний ампутації стан спостерігається при вродженому дефекті розвитку кінцівки (її відсутності та недорозвиненості).

Причинами ампутації за статистикою, як правило, є травми, опіки, пухлини, судинні захворювання тощо. У результаті страждає весь організм людини: відсутність кінцівки, зменшення маси тіла, гіпокінезія, хронічний стрес призводять до ряду складних функціональних і патофізіологічних порушень. Значно порушуються функції серцево-судинної, дихальної систем (змінюється артеріальний тиск, знижуються адаптаційні можливості), вегетативної нервової системи, ендокринної системи і процеси обміну. Знижуються адаптаційно-компенсаторні процеси усього організму, його толерантність до фізичних навантажень. Порушення співвідношення мас частин тіла призводить до зміщення центру ваги тіла, порушення стійкості і рівноваги. При ампутації нижніх кінцівок значно порушується здатність правильно оцінювати своє положення у просторі. При ампутаціях і вроджених дефектах верхніх кінцівок у дітей відмічається асиметрія плечового пояса, часто мають місце вивихи проксимальних від ампутації суглобів, скривлення хребта.

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

Викладачеві потрібно знати, в якому стані знаходиться спортсмен: у стані компенсації чи її порушення. Компенсація значною мірою залежить від якості протезу. Коли він добре підігнаний, відбувається рівномірне навантаження на куксу з опорою на її кінець. Скарги на перевтомлення, як правило, мають місце після

тривалого навантаження, біль виникає рідко. Ампутаційна кукса помірно атрофована, має шкіру нормального кольору. При порушеннях компенсації протезом користуватися не можна, ампутаційна кукса значно атрофована, непокоїть швидка стомлюваність, періодичні болі в куксі, фантомні болі, обмеження рухів і біль у суглобах здорової кінцівки, болі у хребті.

## **8.2. Мета, завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при порушеннях опорно-рухового апарату**

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

Мета адаптивного фізичного виховання при порушеннях опорно-рухового апарату — це створення бази рухових і психологічних умінь і навичок, які сприяють підвищенню працездатності особистості та її самореалізації у суспільстві.

До загальних завдань належать:

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

Специфічні завдання:

- відновлення симетрії тіла (плечового і тазового пояса);
- удосконалення відчуття рівноваги;
- відновлення рухливості у проксимальних від ампутації суглобах і здорових кінцівках;
- розвантаження суглобів, які зазнають найбільшого навантаження у зв'язку зі зміщенням центру ваги тіла;
- корекція порушень постави;
- розвиток сили м'язів у проксимальних від ампутації сегментах;
- збільшення сили і витривалості м'язів спини, нижніх кінцівок і черевного преса;
- профілактика плоскостопості й атрофії кукси.

Під час занять фізичними вправами протез повинен відповідати таким біомеханічним вимогам:

- його частотні характеристики в русі повинні бути такими, щоб розподіл ударних хвиль у тілі людини зменшував травмування суглобів і внутрішніх органів;

- пружність протеза повинна забезпечувати умови резонансної взаємодії людини й опори.

При ампутації нижньої кінцівки порушення постави діагностують за відхиленням положення центру ваги тіла від нейтрального, розташованого на рівні сегмента S2. Через цю точку умовно проводять три взаємно перпендикулярні площини: горизонтальну, що розділяє тіло на верхню і нижню половини, вертикальну, що розділяє тіло на симетричні праву і ліву половини, і фронтальну, що розділяє тіло на передню і задню половини.

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

Задоволення і користь приносять бадмінтон, баскетбол (на візках), волейбол (сидячи), легка і важка атлетика, плавання, теніс, футбол, танці, шашки, шахи. Перевага повинна надаватися циклічним вправам аеробного характеру, виконання яких сприяє нормалізації процесів обміну й підвищенню загальної витривалості. Плавання — ефективний засіб загартовування, підвищення функціональних можливостей серцево-судинної і дихальної систем, розвантаження хребта і суглобів. Під час регулярних занять плаванням оптимізується автоматична регуляція серцевого ритму, нормалізується порушена під час ампутації взаємодія симпатичної і парасимпатичної вегетативних систем, периферичний кровообіг, артеріальний тиск, біоелектрична активність м'язів і ферментативна активність крові, що в цілому підвищує адаптаційні здатності організму. Заняття у воді покращують трофіку і тургор шкіри, нормалізують її гідрофільність, зменшують пітливість, сприяють росту сили і нормалізації тону м'язів, підвищують споживання кисню тканинами.

### 8.3. Обсяг рухових можливостей при ураженнях спинного мозку

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

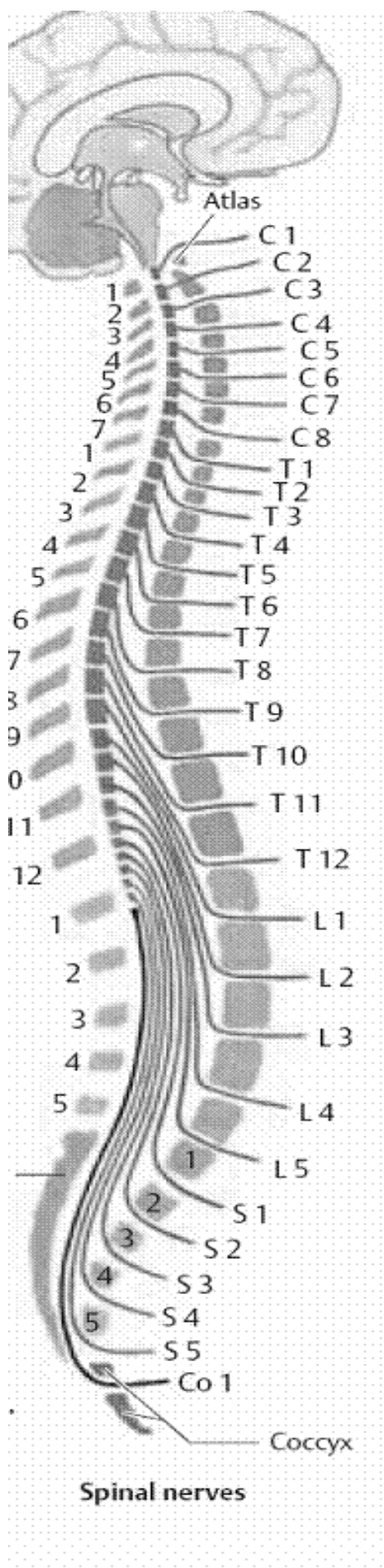
*При ураженні хребта на рівні C1 — C4 шийних хребців* відмічається спастичний параліч усіх чотирьох кінцівок, втрата усіх видів чутливості з відповідного рівня донизу, розлад сечовипускання за центральним типом.

*Ураження на рівні C5 — T1 хребців* характеризується тим, що збережена іннервація м'язів шиї, плечового пояса і рук, за виключенням довгих згиначів і дрібних м'язів руки, які іннервовані частково. Відмічається порушення дихальної функції через парез частини дихальної мускулатури, спастичний параліч нижніх кінцівок, розлади сечовипускання та дефекації.

Людина може пересуватися і перевертатися в ліжку в усі боки, а при доброму тренуванні переходити з ліжка на візок. Веде головним чином сидячий спосіб життя. Може самостійно управляти візком у межах невеликого простору. Потребує допомоги у побутовій діяльності, такій, як туалет, одягання та ін. Проблематичною є діяльність, яка вимагає тонкої моторики рук.

*При ураженні на рівні T2 хребців* відмічається повний обсяг рухів у руках, спастична параплегія нижніх кінцівок, розлад сечовипускання і дефекації, втрата усіх видів чутливості в нижніх відділах, рівновага в сидячому положенні недостатньо стійка. Людина потребує допомоги при переміщенні з візка до автомобіля.

*При ураженні на рівні хребця T7* має місце спастична параплегія нижніх кінцівок, розлад сечовипускання і дефекації. Обсяг рухів у руках відповідає обсягу рухів здорової людини. Може самостійно здійснювати усі види побутової діяльності і навіть ходити без сторонньої допомоги. Головний спосіб пересування — візок. Не може самостійно підніматися сходами.



При ураженні спинного мозку на рівні поперекового потовщення, відповідного L1 — S1 хребцям, має місце периферичний параліч нижніх кінцівок з порушенням чутливості, розлад сечовипускання і дефекації. Збережено іннервацію м'язів верхніх кінцівок, грудної клітки і живота. Людина самостійна в усіх видах побутової діяльності та при пересуванні на візку, ходить на милицях, може ходити без сторонньої допомоги. Ускладненим залишається вставання із сидячого положення і піднімання сходами. Може виконувати будь-яку роботу, що не пов'язана з тривалим перебуванням стоячи на ногах. Для відпочинку потребує візок.

Ушкодження *Conus medullaris* (SIII — SV хребці) характеризується відсутністю паралічів. Відсутня чутливість в ділянці промежини. Відмічається розлад сечовипускання периферичного типу.

Ураження спинного мозку супроводжується відсутністю усіх видів чутливості у нижніх відділах, порушеннями крово- і лімфообігу, функцій дихальної, травної, видільної систем і статевої сфери. Значно патологічно впливають примусове положення тіла і гіподинамія. Процеси, що розвиваються при цьому, погіршують практично усі функціональні можливості організму: уповільнюють швидкість реакції на зовнішні подразники; знижують рівень функції аналізу і синтезу центральної нервової системи; погіршують координацію рухових дій. Одним із тяжких ускладнень спинної травми є трофічні виразки, пролежні, які

стають хронічним джерелом інфікування організму і частою причиною ускладнень з боку системи сечовипускання.

#### **8.4. Завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при ураженнях спинного мозку**

*До загальних завдань АФВ даної нозології належать:*

- виховання свідомого ставлення до реальності і своїх можливостей, сил, розвиток волевих якостей і прагнення до самореалізації, формування навичок із подолання фізичних і психічних навантажень, формування стійкої мотивації до здорового способу життя і занять фізичною культурою;
- відновлення функції хребта та спинного мозку;
- нормалізація основних нервових процесів та нейрогуморальної регуляції;
- нормалізація м'язового тону;
- зміцнення м'язів хребта, формування «м'язового корсета» тулуба;
- розвиток міжм'язових координацій;
- формування передумов до розвитку позитивних життєзабезпечуючих компенсацій та розвиток цих компенсацій;
- нормалізація функцій фізіологічних систем і органів, покращання трофіки, процесів обміну та підвищення резервних можливостей організму, профілактика дегенеративних процесів;
- створення передумов і у подальшому створення умов для відновлення фонду життєво важливих рухових умінь і навичок;
- розвиток рухових якостей: сили, спритності, швидкості, гнучкості;
- формування та тренування навичок побутового самообслуговування та пересування, розширення їхнього діапазону.

*До специфічних завдань належать:*

- дія на уражену ділянку хребта та усього опорно-рухового апарату з метою корекції;
- нормалізація тону мускулатури;
- зміцнення та розвиток м'язів, функціональний стан яких порушено;
- розвиток і вдосконалення координації рухів, рівноваги та балансування тіла;

- розвиток і закріплення статодинамічної функції хребта — формування та закріплення правильної постави;
- розвиток відчуття положення окремих частин тіла;
- розвиток пропріоцепції;
- нормалізація дихання, крово- і лімфообігу, обміну речовин, відновлення функцій кишечника та органів таза, запобігання розвитку трофічних порушень (пролежнів);
- попередження розвитку та лікування контрактур і порочних настанов паралізованих кінцівок;
- вироблення компенсаторних рухових навичок, розвиток і вдосконалення навичок самообслуговування і праці.

Засобами досягнення цих цілей служать режим, корекція поз, самомасаж, загартовування, фізичні вправи, в тому числі й на тренажерах, спрямовані на розвиток сили, швидкості, загальної і спеціальної витривалості, гнучкості, спритності, вправи швидкісно-силового характеру (див. табл. 8.2). Це фізичні вправи циклічного, ациклічного, змішаного характеру. До них належать гімнастичні вправи, плавання, спортивні й рухливі ігри (бадмінтон, баскетбол на візках, волейбол сидячи, настільний теніс, футбол), стрільба з лука, елементи важкої атлетики та атлетичної гімнастики, елементи легкої атлетики, туризм і екскурсії, спортивне орієнтування, марафон на візках.

При ураженні спинного мозку активніше, ніж звичайно, використовують ідеомоторні вправи, рухи за інерцією, спрямований розвиток кінестетичних відчуттів (у тому числі володіння довільним розслабленням м'язів).

При підвищеному тонусі крупних м'язів для його зниження застосовують вправи у розслабленні: махові рухи (з поступовим збільшенням амплітуди) і струшування кінцівки. Для зменшення спазму у кистях або ступнях використовують їх «прокатування» валиком, який обертається.

Для подолання скутості, уповільнення рухів, які мають місце при даній патології, розвивають гнучкість для ліквідації зайвих рухів — точність диференціацій.

Приклад В. Дікуля та його послідовників переконливо демонструє роль мотивації та волевих якостей у фізичній реабілітації в стані після травм спинного мозку, тому процес фізичного виховання в цих випадках потрібно розпочинати з вивчення позитивних прикладів вирішення проблем, подібних до тих,

що є у учня. Після лікарських консультацій, засвоєння анатомо-фізіологічних особливостей стану учня, проводиться планування фізвиховної роботи з визначенням конкретних цілей і завдань по термінах і визначення термінів і методів контролю результатів.

Ураження спинного мозку, впливаючи на загальний тонус м'язів нижніх відділів (змінюючи фонове навантаження гладкої та попереково-смугової мускулатури), відбивається на положенні тіла у просторі, в тому числі на його здатності протидіяти дії зовнішніх сил. Отже, розвиток рухових можливостей потрібно розпочинати з вирішення статокінетичних завдань: вибору вихідних положень і раціональних поз, при яких дія зовнішніх сил, передусім сили гравітації, буде мінімальною, а стійкість тіла — максимальною. Цій самій меті повинні служити допоміжні засоби

Із урахуванням того, що при ураженні спинного мозку відділи, що лежать вище, зберігають свої функції, а 2—3 розташованих поруч сегменти мають змішану іннервацію, послідовність фізичних вправ повинна відповідати принципам доступності та диференційно-інтегральних оптимумів для використання феномену перенесення — включення до рухового акту відділів, що лежать нижче.

Корекційні заняття органічно включають до тижневого рухового режиму. До їх проведення залучають медпрацівників, інструкторів ЛФК, педагогів. Результат корекції рухової сфери оцінюється порівняно з початковим етапом. Особливе значення при цьому має об'єктивна інформація про функціональний стан організму та оцінка резервних функціональних можливостей: центральної нервової системи, кістково-м'язового апарату, серцево-судинної, дихальної, нейроендокринної систем.

Специфічним засобом АФВ при ураженні спинного мозку є *суспензійна терапія* — виконання фізичних вправ в умовах подолання сили тяжіння. До методів суспензійної терапії належать:

- використання блоків і противаги;
- підвішування за допомогою спеціальних сіток;
- використання систем підвішування з канатів і пружин;
- гідрокінезитерапія.

Широко відомий досвід використання системи противаги у фізичній реабілітації після травми спинного мозку В. Дикулем. За допомогою блока знімається частина гравітаційного навантаження і полегшується робота, що виконується ушкодженими м'язами. Поступово зменшуючи масу противаги, збільшують навантаження на



м'язи. Змінюючи напрям дії сили, блоки не змінюють її величину, тому використовуються, коли хочуть впливати на окремі м'язові групи локально. Така методика рекомендує:

- використовувати адекватні стану людини індивідуально дозовані опори, що прогресивно зростають;

- обираючи кількість блоків, виходити з місця розташування ваги і довжини каната;

- застосовувати вихідні положення лежачи (на спині й животі), сидячи, стоячи;

- дистальний сегмент кінцівки розміщувати у суспензії;

- проксимальний сегмент фіксувати;

- опір прикріплювати за допомогою манжетів, які прикріплюються на дистальну відносно суглоба частину сегмента кінцівки;

- у системі блоків перший блок розташовувати у тій самій площині, в якій відбувається рух кінцівки;

- для створення максимального опору кінцівку і канат, який передає силу ваги, розташовувати під кутом  $90^\circ$ ;

- визначивши максимальний опір певної м'язової групи, застосовувати навантаження на неї, що дорівнює  $1/2$  цього опору у трьох серіях по 10 повторень;

- при появі стійких ознак підвищення функціональних можливостей м'язової групи, що тренується (звичайно через тиждень або 10 днів), знову визначити максимальний опір та відредагувати навантаження.



**Гідрокінезитерапія** — виконання фізичних вправ у воді. Один з основних методів реабілітації при відновленні функцій нижніх кінцівок. Застосовується вода комфортної температури, при якій зменшується тонус мускулатури й розслаблюються контрактури суглобів.

Добрий ефект справляють вправи у воді — пасивні або пасивно-активні. Використання таких видів спорту, як атлетизм, важка атлетика, гімнастика, настільний теніс, стрільба з лука, пересування в інвалідному візку сприяють розвитку найбільш важливих у цьому 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 покращанню координації, концентрації уваги, точності й швидкості рухів. Ці заняття завдяки своєму змагальному характеру позитивно діють на емоційний і психічний стан. У свою чергу стрільба з лука допомагає розвитку відчуття рівноваги, координації рухів і підвищує статичну витривалість. Пересування в інвалідному візку, включаючи практичні заняття з подолання різних перешкод, покращує загальну витривалість.

### **8.5. Методичні вказівки адаптивного фізичного виховання при ураженні спинного мозку**

У фізичному вихованні людей з ушкодженням спинного мозку використовуються звичайні принципи і методи розвитку сили: навантаження, індивідуальний підхід; змістовність; послідовність; відпочинок.

- Для розвитку фізичної сили фізична вправа повинна викликати навантаження, яке становить 50% максимально можливого зусилля, що розвивається.

- Правильною вважається техніка, при якій зусилля незначно перевищує вагу штанги (необхідно, щоб вона відривалася від опори плавно). Тривалість вправи повинна бути настільки короткою, щоб її енергетичне забезпечення відбувалося за рахунок анаеробних механізмів, і в той самий час настільки довгою, щоб процеси обміну встигали активізуватися. Так, обов'язковим є одноденний відпочинок між заняттями, обумовлений розгортанням процесів асиміляції. Час відновлення після виконання вправ прямо пропорційно залежить від

величини навантаження і обернено пропорційно — від стану здоров'я (чим гірший загальний фізичний стан, тим більшою є неузгодженість у відновленні окремих функцій організму під час відпочинку). Критерієм відновлення працездатності стає відчуття готовності до повторного виконання вправ. Повний інтервал відпочинку становить від 6-8 до 20хв і містить: 25% часу активного відпочинку, 50 % – пасивного і останні 25 % – активного відпочинку. У свою чергу активний відпочинок (2-4хв) містить вправи помірної інтенсивності, близькі за формою до тренувальних.

- Іррадіацію й генералізацію збудження, що виникають у первинному періоді формування рухової навички, можна використовувати при потенціюванні збудження в ушкодженій м'язовій групі.

- При застосуванні пасивної гімнастики рекомендується виконувати вправи синхронно обома кінцівками, незалежно від порівняльного ступеня їх ураження, в тому самому темпі, в тих самих напруженнях та за однакового дозування.

- Вправи пасивні й активні виконуються з різних вихідних положень (лежачи на спині, на животі, на боці, сидячи з опорою руками, сидячи без опори, сидячи зі спущеними ногами, стоячи на карачках, на колінах, стоячи з опорою та ін.).

- При ушкодженні спинного мозку вправи рекомендується проводити у такій фізіологічно обумовленій послідовності: 1) м'язи шиї; 2) м'язи спини; 3) м'язи живота; 4) м'язи сідниць; 5) м'язи плечового пояса; 6) м'язи грудей.

- Тренувальний процес приводить до інтенсивного розщеплення білків у м'язах, які зазнають основного навантаження. Продукти розщеплення стимулюють синтез білка у період відновлення з наступною суперкомпенсацією міозину та збільшенням м'язової маси.

- Людям із функціональними порушеннями, які тривалий час ведуть сидячий спосіб життя, особливу увагу потрібно приділяти нормалізації м'язового тону депресорів плечового пояса (м'язи лопатки), екстензорів ліктьових суглобів і мускулатури живота.

- Перед виконанням силових вправ необхідна розминка, що розігріває м'язи. Досягнуте підвищення температури рекомендується зберігати протягом усього заняття за допомогою одягу, що не пропускає тепло.

- Техніка рухів відпрацьовується на малій вазі.

- Для кожного заняття вага визначається відповідно до довгострокового плану та урахування самопочуття у день заняття.
- Навантаження збільшуються поступово.
- У початковому періоді тренувального процесу навантаження неприпустимі.
- Запобігати навантажень; якщо запобігти не вдається, то робити їх на піввидиху.
- Перед виконанням силової вправи не робити максимальний вдих.
- При виконанні вправи не затримувати дихання.
- Максимальне зусилля у вправі здійснювати на видиху, не затримуючи дихання.
- Допускати навантаження можна тільки при досягненні певного досвіду у виконанні силових вправ і лише при короткочасних навантаженнях.
- При роботі зі штангою робити вдих і видих у середині вправи, коли штанга знаходиться на грудях.
- Добиватися швидкого піднімання штанги.
- Піднімаючи вагу, не рекомендується опускати підборіддя на груди.
- Вправи локального характеру у методі повторних зусиль знижують навантаження.
- Як можна більше різноманітити вправи.
- Виконувати оздоровчі вправи для хребта.
- При вправах, які навантажують хребет, намагатися утримувати його прямо.
- Використовувати різні хвати.
- Використовувати тренажери.
- Користуватися зручним та гігієнічним одягом.

## 9. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ



### 9.1. Загальна характеристика адаптивного фізичного виховання при ДЦП

*Дитячий церебральний параліч* (ДЦП) — це термін, який об'єднує численні рухові порушення, що виявляються паралічами, порушенням координації, мимовільними «зайвими» рухами. Частіше вони поєднуються з різними порушеннями мовлення, психіки, іноді — епілептичними нападами. Як правило, причина ДЦП — внутрішньоутробне ураження або порушення розвитку мозку, викликане різними хронічними захворюваннями майбутньої матері, токсикозами і травмами під час вагітності, несумісністю плода і матері за резус-фактором або групою крові. У період після народження до подібної патології можуть призвести нейроінфекції, черепно-мозкові травми, інсульты. Оскільки мозок уражається на етапі незрілості, затримується розвиток уражених структур та порушується послідовність розвитку мозку в цілому. Звідси одне з визначень: «ДЦП — це якісно особливий стан, який характеризується стійкою фіксацією аномальних позо-тонічних рефлексів, перекрученням взаємозв'язків між руховими центрами та

порушенням взаємодії систем регуляції довільних і мимовільних рухів».

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

Прояви симетричного шийного тонічного рефлексу призводять до залежності тонузу згиначів і розгиначів кінцівок від положення голови. Прояви асиметричного шийного тонічного рефлексу затримують розвиток координацій око—рука, орієнтування у просторі, рухливість погляду, здатність до фіксації погляду та розширення поля зору. Вертикальність тіла, тобто забезпечення його вертикального положення через подолання дії сили ваги, відбувається завдяки певному алгоритму: прояви лабіринтових тонічних рефлексів пригнічуються лабіринтовими установочними рефлексами, їх у відповідний час пригнічують ланцюгові рефлекси, на базі яких формуються реакції опори і реакції рівноваги. Порушення на будь-якому з цих етапів призводить до зупинки розвитку і формування патологічних компенсацій.

Проявами порушень рухової сфери у віці до одного року є перерозгинання м'язів шиї, скутість рухів у ногах і руках (ноги знаходяться у положенні приведення і внутрішньої ротації). Переворот зі спини на живіт відбувається за допомогою перерозгинання, при цьому дитина вигинається дугою, спираючись на голову і п'ятки, і під дією сили ваги падає на бік, а потім перекочується на живіт. Підвищений тонус розгиначів шиї перешкоджає згинанню голови. Пізніше з метою утримування голови розвивається патологічна компенсація — піднімання плечей, що ще більше заважає розвитку активних рухів голови і шиї. Усе це порушує нормальний алгоритм розвитку рухової активності.

Через затримку розвитку деяких структур нервової системи, порушення процесів мієлінізації нервових волокон, затримку

редукування примітивних тонічних рефлексів і розвиток установочних і випрямних рефлексів, порушення координаційних відношень різних рівнів регуляції довільної моторики та м'язового тону розвивається патологічний руховий стереотип. Останній при ДЦП має такі особливості: відхилення центру ваги тіла; патологія статичної й динамічної складових рухового стереотипу; скорочення великих грудних м'язів, клубово-поперекових, поперекових квадратних, привідних м'язів стегна, триголових м'язів гомілки; зниження сили нижніх фіксаторів лопатки, м'язів живота, сідничних м'язів, відвідних м'язів стегна.

Неабияку роль при ДЦП відіграють порушення зору, слуху, емоційно-вольової сфери, інтелекту, поведінки, мовлення. У 20-25% хворих на ДЦП гострота слуху знижена на одне або обидва вуха. Недостатньо розвинена здатність розрізняти звукові частоти, особливо високої тональності. Наслідком цього є складні мовні порушення. Вада зору проявляється зменшенням його периферійних полів або, навпаки, недостатністю центрального бачення. Нерідко спостерігаються порушення фіксацій і простежування предмета, іноді за рахунок штовхоподібних мимовільних рухів очних яблук (ністагм). Ці порушення заважають формуванню уваги і вмінню зосередитися на завданні. Таким чином, значно страждають сприйняття. При ДЦП нерідко мають місце розумова відсталість різних ступенів, епілептичні напади, проте слід пам'ятати про присутній у багатьох випадках ДЦП феномен дисоціації між задовільним рівнем логічного мислення та недорозвиненістю функцій, що забезпечують аналіз і синтез простору, здатністю розпізнавати предмети через дотик, процесами впізнавання речей та їхніх відображень, кінестезією, моторикою, мовленням. Важливо враховувати, що такі діти з недорозвиненим мовленням, неповноцінною моторикою, уповільненими реакціями, нерідко зі слинотечею, мають вигляд глибше розумово відсталих, ніж це є насправді.

За відсутності реабілітаційних заходів і лікування при ДЦП до 2-5 років життя формуються контрактури, деформації суглобів, спотворені постави та установлення, патологічний руховий стереотип. До 5-8 років деформації нижніх кінцівок призводять до скривлення хребта і деформацій грудної клітки, дисторзії таза, внаслідок чого виникають сколіози, кіфосколіози, функціональні блоки тазостегнових суглобів і хребта. Ці зміни мають стійкий характер, значно обмежують рухові можливості людини і можуть

призводити до порушень інших життєво важливих систем і органів організму. Отже, ДЦП супроводжується порушеннями діяльності серцево-судинної і дихальної систем, вегетативних функцій.

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

У свою чергу синдром рухових порушень класифікують за трьома видами проявів: зміни м'язового тону (гіпотонія, гіпертонія, дистонія); слабкість або обмеження рухів (парез) або відсутність рухів (параліч); розповсюдженість рухових порушень [моно-, ді- (пара- або гемі-), три-, тетрапарези або паралічі].

Така класифікація забезпечує системний підхід у процесі АФВ: у тестуванні, постановці завдань і застосуванні засобів АФВ.

За результатами тестування формулюються корекційні завдання, серед яких найбільш важливі наступні:

- формування мотивації та адекватних психоемоційних реакцій до занять АФВ;
- розвиток і вдосконалення сприйняття усіма сенсорними системами;
- формування вестибулярних та антигравітаційних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) та орієнтування у просторі;
- розвиток і стимуляція опорної й маніпулятивної функцій рук (пальців);
- нормалізація співвідношення нервових процесів збудження і гальмування;
- нормалізація м'язового тону: максимальне розслаблення з подальшим розтягуванням м'язів, які знаходяться у стані спастичного скорочення, і розвиток сили ослаблених м'язів – подолання слабкості (гіпотрофії, атрофії, окремих груп м'язів);

*Обираючи засоби АФВ варто керуватися важливою фізіологічною закономірністю: скоріше дозрівають ті органи і системи, які необхідні організму на певному етапі онтогенезу або у недалекому майбутньому. Навпаки, розвиток неактуальних на певний момент функціональних систем затримується.*

- розвиток і стимуляція відповідних віку рефлексів і реакцій постав;
- розвиток здатності довільного навантаження й розслаблення м'язів;



- подолання зайвих рухів;
- розвиток координації;

профілактика розвитку патологічних компенсацій, скривлення хребта, привідного гіпертонусу стегон, патологічної постановки стоп;

- покращання рухливості у суглобах (профілактика й ліквідація контрактур);

- корекція патологічних установок опорно-рухового апарату (кінцівок, відділів хребта);

- стимуляція опорної функції стоп, ходьби;

- розвиток здатності до самостійного пересування й самообслуговування;

- покращання функціональної діяльності серцево-судинної, дихальної та інших систем організму;

- розвиток психічної сфери і мовлення.

У навчально-тренувальному процесі слід добиватися позитивних рухових і емоційних реакцій дитини у відповідь на стимули, такі, як посмішка, комплекс пожвавлення, сміх, агукання, оскільки саме реакції дитини на стимули дозволяють контролювати процес фізичного виховання.

## 9.2. Особливості методики при ДЦП

Заняття починають із вправ, спрямованих на нормалізацію м'язового тонусу. Всі вправи, котрими розвивають той або інший рух, чергують із дихальними. На фоні загально зміцнюючих виконують вправи, що нормалізують м'язовий тонус, нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси, добиваються нормалізації амплітуди рухів у всіх суглобах. Бажано, щоб дитина виконувала вправи перед дзеркалом.

При патологічному впливі тонічних рефлексів, затримці установочних і випрямних рефлексів і як наслідок — порушення здатності до переходу тіла у вертикальне положення (піднімання голови, присідання, стомлення), основоположними є фізичні вправи, спрямовані на ліквідацію впливу патологічних рефлексів, формування установочних, випрямляючих і статокінетичних рефлексів, які розвиваються на фоні заходів із зниження тонічної активності (релаксації), ліквідації патологічних супутніх рухів,

виховання правильної схеми рухів тулуба, рук і ніг, нормалізування координації між м'язовими групами.

Розвиток вестибулярної функції здійснюють за допомогою адекватної стимуляції вестибулярного аналізатора: розгойдуванням у колиці, на руках, на гойдалках; вправами, які можуть швидко змінювати положення тіла: швидке переміщення в одній площині (зверху вниз і знизу вверх, зліва направо і навпаки), перехід із однієї площини простору до іншої, рух із кутовим прискоренням. У застосуванні цих вправ найвідповідальніший момент — їх дозування, яке розвиває тренувальний ефект і в той самий час не викликає негативних вегетативних реакцій.

Вправи застосовують з певною послідовністю: починають із рухів головою, потім – згинання, розгинання, повороти тулуба, потім – рук у плечових суглобах, рук і ніг – у проксимальних суглобах (плечових, тазостегнових); вправи поступово повинні охоплювати середні суглоби (ліктьові й колінні), потім променезап'ясткові й гомілковостопні.

Необхідно, щоб вправи трохи «випереджали» рівень розвитку рухових можливостей дитини – відповідали наступному рівню розвитку рухової сфери.

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

- внесення регламентуючих змін до окремих параметрів звичайного руху: виконанням вправи з незвичного вихідного положення; зміною амплітуди і швидкості рухів, часу занять за рахунок зміни кількості повторів кожної вправи; дзеркальним виконанням вправ; конструюванням нових способів виконання звичної дії;

- ускладнення звичайних дій: додатковими діями, комбінуванням звичайних дій;

- зміна зовнішніх умов: розширення діапазону матеріально-технічного забезпечення; зміна (ускладнення) правил; зміна обставин; збільшення кількості учасників занять;

- змагальний метод;

- індивідуально-груповий метод: група складається з 5—6 чоловік, тому викладач може приділити більше уваги кожному, але, крім того, діє позитивний фактор колективних взаємовідносин; застосовуються як в однорідних групах, де беруть участь люди з

відносно однаковими проявами ДЦП, так і у змішаних групах, учасники яких — люди різних фізичних можливостей;

- колективно-індивідуальний метод (об'єднує 7—12 чоловік, мета — соціальна адаптація);
- ігровий метод;
- музично-ритмічні заняття, зокрема танці;
- виконання вправ з одночасним декламуванням віршів;
- метод «театру фізичного виховання» (сюжетні вистави та ін.);
- метод предметно-практичної взаємодії (ознайомлення з призначанням предметів і способами маніпулювання ними).

### **9.3. Адаптивне фізичне виховання при важких формах ДЦП**

У випадку важких форм ДЦП, коли людина не в змозі приймати і самостійно утримувати вертикальну положення, рухові можливості розвивають у такій послідовності:

- стимулюють вестибулярну функцію;
- домагаються ліквідації патологічного впливу тонічних рефлексів новонароджених;
- розвивають установочні рефлекси;
- нормалізують м'язовий тонус;
- домагаються реакції повороту голови на звук або інший подразник;
- формують уміння контролювати положення голови у просторі (у положенні лежачи на животі, а потім на спині), навчають піднімати голову, не піднімаючи плечей;
- домагаються роздільних рухів голови і тіла при зміні постави;
- нормалізують м'язовий тонус рук (у тому числі великих грудних м'язів) і формують уміння випрямляти руки;
- розвивають зорово-рухову координацію голови і рук, опорну здатність рук;
- формують уміння виконувати повороти тулуба зі спини на живіт і навпаки (стимулюють зміни положення тіла з розділенням рухів у шийному, грудному, поперековому відділах хребта);

- розвивають уміння повзати на животі і на колінах;
- формують уміння сідати з допомогою і самостійно;
- розвивають маніпуляційну діяльність рук;
- формують уміння ставати на ноги та утримувати вертикальну положення;
- розвивають навички циклічних рухів: плавання, ходьба, біг.

Із цією метою застосовують методики Боббат, Войта, Козявкіна та ін.

Виконання вправ в умовах змагання позитивно впливає як на дитину, так і на її близьких, тому ефективніше проводити заняття у формі змагань із приведених умінь між дітьми рівних фізичних здатностей.

На початку навчального процесу бажано використовувати індивідуальний метод.

Із часом переважаючим став індивідуально-груповий метод (групи по 3-6 чол.). Доцільним також є метод «однорідної групи», при якому до групи підбирають дітей одного рівня за віком, фізичним розвитком, формами ДЦП, ступенем рухових порушень, супутніми проявами. У процесі соціалізації дитини групи збільшують до 7-12 осіб (колективно-індивідуалізований метод). Застосовуються ігри із загальним для усіх учасників предметом: обручем, м'ячем, тентом. Велику роль у заняттях відіграє музичний супровід ритмічного характеру у вигляді коротких музичних фрагментів і пісень.

#### **9.4.Адаптивне фізичне виховання при ДЦП середнього і легкого ступеня**

В основі навчального процесу лежить принцип індивідуалізації: відповідно до рівня психомоторного розвитку, стану здоров'я, функціональних можливостей і рівня фізичної підготовленості формуються довготривалі та короткотривалі завдання, підбираються засоби, визначаються параметри занять, час, засоби і методи контролю ефективності занять.

Враховуючи те, що внаслідок ураження центральної нервової системи у хворого на ДЦП може мати місце в'ялість, знижена активність, апатія, викладачеві потрібно особливу увагу приділити формуванню мотивації до занять. Велику роль в цьому відіграє підбір доступних для дитини вправ, оскільки невдачі при ДЦП, як правило,

викликають негативне ставлення до процесу навчання фізичних дій в цілому. Крім доступності, важливе значення має дотримання послідовності й систематичності тренувальних занять: при ДЦП будь-яке перенесене гостре захворювання призводить до значної втрати набутих протягом останніх одного-двох місяців психомоторних умінь. У таких випадках слід бути готовими до подібного результату і після одужання, приступивши до занять, повертатися до повторення раніше пройденого матеріалу.

До особливостей методики АФВ при ДЦП можна віднести:

- розвиток мовлення через рух: об'єднання звуку і руху; звукове забарвлення руху; рольові рухливі ігри з мовленнєвим виразом; ритмізація рухової активності (об'єднання звуку, ритму і руху); оволодіння регуляцією дихання як складової звукоутворення; розвиток дрібної моторики рук тощо;

- формування в процесі фізичного виховання просторових і часових уявлень, наприклад: *більше-менше, багато-мало, швидко-повільно, часто-рідко*;

- формування у процесі рухової діяльності понять про предмети, рухи та їхні якості;

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

Підбираючи вправи для розминки, керуються їх відповідністю меті заняття, специфічною спрямованістю, ритмічною врівноваженістю й завершеністю. Для розминки загального характеру підбирають 8—10 вправ, техніка яких уже добре засвоєна учнем або не потребує тривалого навчання. Наприклад: повороти і нахили голови, нахили і повороти тулуба, вправи для плечових суглобів, ізольовані рухи стегон. У послідовності рухів повинно бути поступове збільшення амплітуди, складності та кількості задіяних у рухах м'язів. Перенесення рухових навичок рекомендується здійснювати у такій послідовності: з однієї вправи на іншу вправу, з однієї м'язової групи на іншу. Після вправ, спрямованих на окремі м'язові групи, застосовують вправи, які об'єднують попередні вправи у більш складні комбінації для усього тіла. Наприклад, нахили тулуба з поворотами голови; рухи плечима з нахилами тулуба. Наприкінці розминки вводять вправи для розвитку гнучкості: вправи на розтягування нижньої частини спини, задньої поверхні стегон. При виконанні цих вправ дотримуються ритмічності, плавності, поступового нарощування амплітуди рухів.

Підбираючи вправи для основної частини, дотримуються таких принципів: вправи повинні відповідати завданням заняття, забезпечувати ефективність і безпеку, бути цікавими й різноманітними. Інтенсивність повинна поступово збільшуватися на початку основної частини заняття і зменшуватися наприкінці. Необхідно задіяти максимальну кількість м'язових груп, обов'язково уражені. Рухи, які є стресовими для організму, застосовують в обмеженій кількості повторень залежно від показань. Доступність, інтенсивність, складність варіюють у логічній послідовності. Увагу концентрують на техніці виконання рухів, а не на кількості повторень. Переходи між вправами повинні бути плавними, нескладними для виконання, вказівки – однозначними і зрозумілими для учня. Починають основну частину з аеробного розігрівання: ходьба, біг, рухи руками і ногами зі збільшенням амплітуди, махові рухи. Після цього переходять до вправ у такій послідовності: розтягування великих грудних м'язів, розвиток сили нижніх фіксаторів лопатки; розтягування клубово-поперекових, квадратних поперекових м'язів, розвиток сили м'язів живота; розтягування привідних м'язів стегна, силові вправи для сідничних м'язів, відвідних м'язів стегна; розтягування триголових м'язів гомілки (саме ці м'язи, як правило, уражені при ДЦП). У заключній («підтримуючій») частині підбирають вправи індивідуальної спрямованості. Залучають до дії основні групи м'язів, формують правильну поставу. Перевага надається вправам на розтягування: підколінних сухожилків, привідних м'язів стегна, квадрицепсів, згиначів стегна, литкових м'язів. Заняття закінчують грою або змаганням, естафетою, танцем, спрямованими на досягнення учнем успіху у виконанні завдання й отримання позитивних вражень від усього заняття в цілому.

## 10. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ВІДХИЛЕННІ РОЗУМОВОГО РОЗВИТКУ



### 10.1. Загальна характеристика адаптивного фізичного виховання при відхиленні розумового розвитку

**Відхилення розумового розвитку** — широке поняття, що означає будь-яку інтелектуальну недостатність, яка виникла у період формування психіки. За визначенням ВООЗ, це значне зниження основних інтелектуальних функцій.

Сьогодні виділяють більше 100 факторів, які призводять до відхилення розумового розвитку: інфекційні захворювання, отруєння, радіаційні ураження, біологічна несумісність тканин матері і плода, неправильне харчування матері під час вагітності, гіпоксія мозку (в тому числі під час клінічної смерті), спадкові порушення обміну речовин, хромосомні захворювання, травми дитини під час пологів. Так одних тільки хромосомних захворювань відомо кілька сотень, хвороб, пов'язаних із порушенням обміну речовин, нараховують більше 2000. З них близько 200 проявляються у вигляді порушень діяльності центральної нервової системи, серед яких і відхилення розумового розвитку. Наприклад, хвороба Дауна — потроєння 21 пари хромосом — зустрічається з частотою 1:700 новонароджених, відмічається типовою зовнішністю хворих, розумовою відсталістю із супутніми проявами (гіпотонія м'язів, пороки серця і травної системи).

Для визначення рівня розвитку інтелекту в сучасній психіатрії використовується – коефіцієнт інтелектуального розвитку. Визначення проводиться експериментально-психологічно за методиками Біне—Симона, Пробста, Векслера.

Виділяють чотири ступені зниження інтелекту: глибокий, тяжкий, помірний, легкий.

**Глибокий ступінь** (нижче 20—25%) – це найбільш глибокий ступінь психічного недорозвинення який характеризується відсутністю або зародковим станом пізнавальних функцій. Життєва активність обмежується у цьому випадку інтенсивними діями, часто спотвореними реакціями на смак їжі, біль, радість або засмучення тощо. У моториці мають перевагу стереотипні дії. Такі люди ледве оволодівають ходьбою, соціально не пристосовані навіть на рівні самообслуговування.

**Важкий ступінь** (від 20—25% до 35—40%) відмічається недорозвиненістю психіки, що характеризується рудиментарним мисленням (в уявленнях); наявність недорозвиненого різною мірою мовлення; відносна соціальна адаптація на рівні самообслуговування або елементарних трудових процесів, що, проте, вдається тільки при постійному опікуванні; деяке орієнтування у конкретній ситуації; впізнавання близьких; адекватне реагування на звичні повсякденні слова і фрази; використання окремих слів з 3—5 років з комунікативними цілями; можливе навчання елементарних навичок охайності.

**Помірний ступінь** (від 35%—40% до 50—55%) характеризуються недорозвиненим дефектним мовленням у вигляді фраз із 2-3 слів, що має ситуаційний характер, надзвичайною бідністю уявлень, можливістю розвитку лише навичок самообслуговування. Це також стан при яких людину можна буде навчити простим трудовим умінням, має фразове мовлення та іноді може оволодіти читанням, писанням. Емоції недиференційовані, примітивні.

У **легкому ступені** (від 50%—55 %до 70%) має місце конкретно-описовий тип мислення (без абстрагування), знижене формування понять і допитливість, разом з тим користуються шаблонами і, виходячи з них, люблять повчати інших; добре розвинені механічна пам'ять, слух, здатність до математичних розрахунків; мають добру практичну (конкретну) обізнаність і високу переконливість.



Окремо виділяють категорію *неуточненої розумової відсталості* — якщо є достатньо підстав передбачити відхилення розумового розвитку у людини, але вона не може бути обстежена за допомогою стандартних тестів. Наприклад, при наявності тяжких порушень, а також у немовлят при наявності клінічних проявів затримки психічного розвитку, оскільки тести дослідження дітей у віці до одного року такі, як Bayley, Cattell та ін., не дають кількісної оцінки 10.

У ранньому віці таким дітям властива мала допитливість, відсутність творчості у діяльності, пізній розвиток мовлення, значна бідність жестикуляції та міміки. У дошкільному віці у них відсутній інтерес до сутності речей, явищ. У грі ці діти погано засвоюють правила, погано визначають свою рольову положенняцію. У них ледве формуються відносні кількісні, просторові й часові поняття, різко знижена логічна пам'ять, бідні емоційні сприйняття. У молодшому шкільному віці має місце нечіткість таких понять, як ім'я, прізвище. Відсутні задуми в іграх. Проблематичними є осмислення простого сюжету, рахунку. При цьому підказки дорослих малоефективні. Діти слабо реагують на власні успіхи або помилки. Має місце надмірна збудженість або загальмованість. У старшому віці відмічається недостатність абстрагування й осмислення суттєвості навіть знайомих явищ, невміння виділити суттєві ознаки, надмірна конкретність, шаблонність мислення та вчинків, відсутність критичного ставлення до власних вчинків.

**Затримка психічного розвитку (ЗПР)** — прояв незрілості психомоторних реакцій у результаті уповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку під дією різних негативних факторів. Закінчується, як правило, недорозвиненістю функції або її компенсацією іншими функціями. Може мати тимчасовий зворотний характер. У таких випадках можливе її повна ліквідація при затримці розвитку або шляхом стимуляції психічного розвитку<sup>1</sup>. При ЗПР найбільшу роль відіграє недорозвиненість сприйняття і відчуттів. Аналізатори працюють нормально, але порушена обробка інформації, що надходить від них, існують труднощі з перетворенням цієї інформації у руховий акт і, як наслідок, проблеми зі сприйняттям розмірів, форм, відстані. Недостатня кількість чуттєвих вражень призводить до відставання розвитку мислення.

**Аутизм** — це стан відходу від реальності та відмова від спілкування. Це серйозна проблема у роботі з людьми, які мають відхилення розумового розвитку.

Усі випадки відхилень розумового розвитку супроводжуються малим словниковим запасом, розпливчастістю понять, низьким рівнем сприйняття (а саме: осмислення й структуризації), малою рухливістю мислення, примітивністю відчуттів, інтересів, низькою ініціативністю, несамостійністю.

При відхиленнях розумового розвитку дитина сприймає меншу кількість об'єктів, погано аналізує свої відчуття, погано інтерпретує зміст. Недостатність осмислення заважає виділити головне, відкинути випадкове й несуттєве. Такій дитині важко впоратися із завданням, яке містить кілька під завдань, або із завданням, яке вимагає дотримання певних правил, тобто існує проблема з оволодінням алгоритмом як таким.

При відхиленнях у розумовому розвитку виділяють наступні рухові порушення:

моторна імбецильність — загальна недорозвиненість моторики;

моторний інфантилізм — затримка розвитку моторики;

екстрапірамідна недостатність — відсутність або недостатність асоційованих автоматичних і захисних рухів, міміки, мовлення;

фронтальна недостатність — відсутність формул рухів і здатності їх виробляти, порушення мовлення, надмірна збудженість, недостатність уваги, ейфорія.

В усіх випадках відмічаються порушення функцій, що забезпечують нормальну рухову активність: слухово-моторної координації, зорово-просторової орієнтації, функціональності руки (несформовані тонкі диференційовані рухи пальців рук, кінетичну і кінестезичну діяльність, складні координаційні схеми), координації рухів із мовленнями, статичної координації рухів та організації динамічного руху, кінестезичної інтегрованості, труднощі формування навичок, які потребують диференційованих рухів або зміни темпу виконання рухів.

Школярі з відхиленнями розумового розвитку відстають від вікової норми за показниками сили, швидкості, витривалості, координації, стрибучості на 25-40%, за частотою рухів на 30%, за часом зорово-моторної реакції — на 40%. Це відставання пояснюється зниженням сили й рухливості нервових процесів.

При відхиленнях розумового розвитку часто зустрічаються вроджені дефекти вушних раковин, радужки й зіниці, недорозвиненість зубів і щелеп, зайві пальці рук і ніг, порушення окостеніння, вроджені пороки серця та інших внутрішніх органів.

## **10.2. Завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при відхиленні розумового розвитку**

Одне з найбільш важливих завдань АФВ при відхиленні розумового розвитку — формування нормального алгоритму рухових дій, розвиток рухових умінь.

*Завдання* навчального процесу:

- формувати позитивну мотивацію до навчального процесу; сприйняття; здатність концентрувати й утримувати увагу; нормалізувати співвідношення збудження й гальмування нервових процесів;

- логічне й образне мислення; алгоритм виконання дії (розвинути такі вміння, як усвідомлення й самостійна постановка мети, вибір засобів її вирішення, аналіз і оцінка результатів);

- достатній запас практичних умінь і навичок;

- мовлення.

Вирішуючи ці та інші завдання у роботі з людьми з відхиленнями розумового розвитку, викладач буде змушений долати такі проблеми, як страх перед новими завданнями та відмова від їх виконання, нездатність до зосередженості та психічних навантажень, відсутність позитивного досвіду, низька працездатність, швидка стомлюваність.

*Засоби* вирішення цих завдань: шиккування і перешикування, ритмічні вправи, а також, вправи які розвивають пластичність, хвилеподібні рухи, вправи з предметами, сюжетні ігри, заняття у воді.

Особливість методики — її доступність. Сприйняття розвивається адекватними діями на усі сенсорні системи. Оскільки зір забезпечує 90% усієї зовнішньої інформації, особливу увагу потрібно приділити розвитку зорового сприйняття. При відхиленнях у розумовому розвитку слід враховувати наявність мотивації до сприйняття. Один із прийомів її розвитку — напрям мотивації учня від його власних інтересів до завдань уроку. Методами формування мотивації також можуть бути:

- завдання нової дії в обсязі попередньої;

- використання результату попередньої дії для реалізації наступної;

- застосування прийомів стимулювання (заохочення).

При відхиленнях у розумовому розвитку проблематичним стає спостереження за предметом або дією. Цей процес можна полегшити, перетворивши предмет спостереження на мету. Для полегшення навчального процесу намагаються максимально сконцентрувати увагу учня в логічній послідовності:

- 1) на викладачеві;

- 2) на завданні;

- 3) на предметі;

- 4) на дії з предметом.

Виключають усі фактори, що відволікають увагу учня. Поступово переходять від одного предмета і дії до двох і т. д. При формуванні понять, спираючись на конкретність мислення дитини з відхиленнями розумового розвитку, розвивають абстрактне мислення. Поняття (предмети і дії) повинні бути дуже простими, доступними. Аналіз сприйняття є процесом формування понять про власні відчуття. Цьому допомагає контрастність стимулів (дій). Уявлення створюється виділенням змісту (або форми) речі або дії. Одну з найбільших проблем являє мотивація до аналізу умови завдання і сам аналіз, який проводиться у такій послідовності:

- визначення понять;

- звернення до аналогічних прикладів попереднього досвіду;

- прогнозування очікуваного результату;

- по можливості необхідне мовленнєве відтворення учнем дії та його власні висновки.

Аналіз безпосередньо рухів зводиться до визначення положення і напрямку тіла у просторі; диференціація рухів за якістю, кількістю; визначення положення різних частин тіла (за їх розташуванням відносно одна одної); здійсненню дій у просторі; повне відтворення рухів.

*Процес фізичного виховання дітей із відхиленнями розумового розвитку має такі специфічні особливості*

<b>Вид діяльності</b>	<b>Тривалість (хв.)</b>	<b>Методичні вказівки</b>
«Паровозик». Пересування спортивним майданчиком в обхід, змійкою, спіраллю, діагоналлю	1 – 2  2 – 3	Виконує організаційні цілі (шикування). Ведучим обирається найбільш розумово і фізично розвинений спортсмен.
Ходьба один за одним у звичайному темпі.		Із перших занять домагатися збереження дистанції.
Маршовим кроком, у прискореному темпі. На носках. По дошці.	2 – 3	Вдосконалювати якість ходьби: постава, легкість. Слідкувати за рухами рук.
Переступання через перешкоди.	2 – 3	Слідкувати за рухами рук і диханням (через ніс)
Коридорчиком Біг до предмета (взяти предмет)	3 – 4	Домагатися, щоб гравці не заважали один одному, легко пересувалися
«Хто швидше принесе м'яч». В одному напрямку кидають м'ячі (за кількістю гравців), за командою треба побігти і принести їх	2 – 3	Направляючі колони в кожному занятті змінюються, щоб кожний спробував себе у ролі направляючого Розвиток відчуття рівноваги
Шикування і перешиккування: стати в коло, перешикуватися в колону по одному	1 – 2  5  2 – 3	Зміна направляючих  Використовувати різні за масою і розміром м'ячі Під час шикування по парах розвивати здатність до ідентифікації за кольором (прапорці, пов'язки,
Зістрибування з висоти 20—25 см		

<p>Шикування і перешикування Катання м'яча один одному або у ціль (боулінг) Шикування по парах. Пройти парами. Повороти з вказівкою предмета, на який орієнтуються: вікно, двері</p>	<p>5 – 7</p>	<p>стрічки) або по виду предметів</p> <p>Включати змагальні елементи</p> <p>До вправ можна додавати елементи рахунку або питання із загальноосвітніх дисциплін</p> <p>Мета—заспокоїти тих, кого навчають, після естафети</p>
<p>Повзання, влізання, перелітання, підлізання Естафета з елементами бігу, зістрибування, катання м'яча у ціль, повзання Сюжетна гра (або хороводна гра, танок)</p>	<p>5 – 7</p>	

### 10.3. Адаптивне фізичне виховання у Будинку дитини

У Будинку дитини виховуються діти у віці до одного року, які у зв'язку з будь-якими обставинами не можуть виховуватися в родині. Причинами перебування дитини у спеціалізованому закладі, як правило, є смерть, хвороба або соціальне неблагополуччя матері. Кожний із цих факторів значною мірою впливає на дитину ще до її народження і може проявлятися у вигляді різних уроджених дефектів або захворювань. На жаль, у виховній установі в цьому віці само по собі є негативним фактором для розвитку дитини, оскільки в цей період вона особливо потребує фізичного й емоційного контакту з матір'ю. Вік до одного року вважається найбільш відповідальним та унікальним за потенційними можливостями етапом психомоторного розвитку (мозок людини збільшується у 2,0—2,5 рази і володіє найбільшим пластичним потенціалом для подальшого нормального розвитку). Це накладає особливу відповідальність на процес

виховання, основним видом якого в цьому віці є фізичне виховання.  
*Основні завдання АФВ у Будинку дитини:*

- забезпечити оптимальний фізичний розвиток;
- зміцнити здоров'я;
- розширити функціональні можливості дитини шляхом формування рухових умінь і навичок.

*Затримка психомоторного розвитку (ЗПР) у віці до одного року* — це прояв незрілості психомоторних функцій, які є результатом уповільненого дозрівання систем мозку під дією тих або інших негативних явищ. Як правило, ЗПР пов'язана із затримкою тонічних рефлексів новонароджених, що порушує подальше формування координаційних міжм'язових зв'язків. При цьому гальмується розумовий розвиток: здатність до аналізу та диференційованого реагування на зовнішні стимули, до узагальнень й інтеграцій, у результаті чого у віці до одного року ЗПР проявляється затримкою розвитку статичних, моторних, психічних і мовних функцій, порушеннями м'язового тону, рефлексів.

Більше ніж із 100 факторів, які призводять до затримки психомоторного розвитку, ледве не найголовніший — ранній дефіцит рухів. Численними дослідженнями було доведено, що виникнення й оформлення рухів у дитини визначається, насамперед, зовнішніми подразниками, що впливають на рецептори (в основному на зоровий, слуховий і тактильний), які виконують роль стимулів, які спонукають дитину до дії, а через них — до розвитку в цілому. Показовим є результати спостережень Філд і Шенберг. Недоношених грудних дітей щодня погладжувати протягом 40 хв. Уже через десять днів вони мали більш активні сприйняття, рухові реакції і масу тіла на 47 % більшу, ніж діти з контрольної групи, котрим такі процедури не призначалися.

*Мета фізичного виховання дітей у віці до одного року, що виховуються у Будинку дитини, — профілактика затримки психомоторного розвитку.*

*Завдання:* адекватна дія на сенсорні системи з метою розвитку сприйняття. Вже під час народження в нормі у людини добре розвинені тактильний, пропріоцептивний, вестибулярний, смаковий та нюховий аналізатори. Далекими від остаточного розвитку є зоровий і слуховий, які формуються протягом першого року життя. Для розвитку й формування аналізатори потребують цілеспрямованого стимулювання.

У постановці мети, виборі методів фізичного виховання і плануванні роботи потрібно виходити з рівня психомоторного розвитку дитини, ступеня її відставання від однолітків і, за наявності патологічного процесу, — з її характеру. Індивідуальні завдання виховного процесу визначаються за результатами діагностики. Тестуються сприйняття та психомоторні здатності. Головними критеріями фізичного розвитку у віці до одного року сьогодні вважаються м'язовий тонус, рефлексії, синергії, здатність забезпечувати вертикальне положення тіла, психомоторні вміння.

*Засобами* фізичного виховання повинні бути стимули, які специфічно впливають на сенсорні системи, викликаючи підкріплюючі відповіді й таким чином розвиваючи сприйняття. Для вестибулярного аналізатора це можуть бути розгойдування у колисці і допомога (або провокування) у прийнятті вертикального положення, коли дитина перебуває на руках. Для слухового аналізатора — мелодійна музика, звуки природи (моря, лісу, голоси птахів), голоси людей, які виражають позитивні емоції. Для органа зору — це адекватне освітлювання різних розмірів, форми, плоскі й об'ємні зображення, образи в русі. Для тактильного аналізатора — дотики, масаж, водні процедури, іграшки різної форми та з різного матеріалу. Пропріоцепцію розвивають пасивними фізичними вправами під час масажу. Для емоційного й фізичного здоров'я малюків велике значення мають запахи, тому слід пам'ятати про їхню роль та забезпечувати відповідні стимули. Для рухового аналізатора — пасивні й активні рухи (елементи гімнастики, ігри, вправи на розслаблення, дихальні вправи, вестибулярне тренування, елементи стретчингу, ритмічні вправи, вправи з предметами, розвиток маніпулятивної діяльності рук, циклічні аеробні вправи, плавання).

До особливостей методики фізичного виховання з метою профілактики затримки психомоторного розвитку у віці до одного року належать послідовність і вікові норми розвитку певних життєвовабезпечуючих рухових умінь і навичок.

Необхідно пам'ятати, що у дітей у віці до одного року швидко розвивається положеннямежне гальмування, в результаті чого вони швидко засинають. У зв'язку з цим дозування нової вправи становить 2—4 повторення. Поступово кількість повторень збільшується до 7—8. Навантаження дозують зміною кількості повторень вправ, темпу, амплітуди, складності рухів. Моторну щільність у процесі занять збільшують від 50 до 70—80 % за рахунок кількості та тривалості



пауз відпочинку і дихальних вправ. Необхідно суворо дотримуватися принципів фізіологічної послідовності розвитку вмінь і навичок, регулярності, систематичності, розсіювання навантаження. Під час занять фізичними вправами обов'язково розвивають мову дитини та її мислення — формують поняття про рухи, їх цілеспрямованість та результат дії, привчають до словесних вказівок: «Візьми іграшку», «Сядь», «Встань».

## **11. КОНТРОЛЬ В АДАПТИВНОМУ ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ**

### **11.1. Медико-педагогічний контроль в адаптивному фізичному вихованні**

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 АФВ.

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

У АФВ важливо дотриматись етапного, поточного й оперативного контролю.

*Завдання етапного контролю* — оцінка рівня розвитку функціональних 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, креатинфосфату, 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.

## **11.2. Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні**

Успішність і ефективність навчального процесу значною мірою визначається правильною оцінкою психомоторних можливостей, попередньо набутого рухового досвіду, розумінням мотивацій до навчання і життєвих інтересів учня. Оцінка проводиться за формалізованими тестами, 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'ясування скарг на стан здоров'я, складання історії хвороби, вимірювання температури тіла, антропометрія, огляд, пальпація (прощупування), перкусія (простукування) й аускультация (прослуховування) з метою обстеження шкіри і слизових оболонок, лімфатичних вузлів, жовчовивідної, сечовивідної, ендокринної і нервової систем, а також визначення рівня статевого розвитку людини. Вивчають рефлекси. Досліджують функції органів чуття і рухові функції. Проводять функціональні проби та лабораторні методи досліджень.

Вивчення й оцінка фізичного розвитку дітей проводиться за загально визнаною 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 Мак-Уорті. При цьому орієнтуються на момент визначення іспитованими кількості діючих на тактильний аналізатор подразників.

*М'язово-суглобове відчуття* вимірюється кінематометром 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 *смыслову 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.

*Смыслова 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'ясування, 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 (обом 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.

- Пальцево-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 координанометрів різних типів.

*М'язова сила* вимірюється ручними динамометрами. Точність відтворення м'язового зусилля визначається динамометром Розенблата.

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

• дослідження обсягу пасивних рухів у неушкоджених суглобах кінцівок і сегментів хребта;

• дослідження рухової активності в уражених сегментах.

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

Сумарний показник м'язової активності здорової людини за результатами ММТ становить 328 балів, у тому числі:

- верхніх кінцівок — 152 (76/76) бали;
- нижніх кінцівок — 136 (68/68) балів;
- м'язів тулуба — 40 (20/20) балів.

За допомогою ММТ визначається ступінь порушення рухових функцій:

- моноплегія (втрата довільних рухів у кінцівці або сегменті, які досліджуються) або монопарез (зменшення м'язової сили в ураженій кінцівці або сегменті, що перешкоджає виконанню активних рухів або окремих функцій);
- параплегія (втрата здатності до довільних рухів у нижніх або верхніх кінцівках) або парапарез (зменшення м'язової сили у верхніх або нижніх кінцівках);
  - верхній парапарез, нижня параплегія;
  - геміплегія (параліч верхньої і нижньої кінцівок з одного боку тулуба), геміпарез (зменшення м'язової сили у м'язах верхньої і нижньої кінцівок з одного боку);
- тетраплегія (втрата довільних рухів в усіх кінцівках) або тетрапарез (зменшення м'язової сили в усіх кінцівках).
- Із метою визначення рухових можливостей виділяють ряд наступних функцій: здатність утримування вертикальної постави, захоплення речі рукою, утримання речі рукою, сидіння, стояння, ходьба.

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

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

Градація функції ходьби: 1) основний спосіб пересування — за допомогою візка; 2) пересування за допомогою фіксуючих апаратів і опори руками на милиці, палиці; 3) пересування без фіксуючих апаратів з опорою руками на милиці, палиці; 4) можливе пересування без фіксуючих апаратів і без опори руками, при цьому хода паретична (сповільнення рухів внаслідок так званого прилипання стоп до підлоги); 5) хода звичайна, без вад.

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

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

Окрім рухових функцій, під час медичного обстеження з'ясовується функціональний стан органів таза і шкірних покривів, які часто ушкоджуються при різних нозологіях. Для АФВ важливі також і результати вивчення щоденної діяльності людини з особливими потребами. За результатами цих тестів визначаються рухові можливості в положенні лежачи; рухові можливості, пов'язані з одяганням; рухові можливості, пов'язані з візком (переміщення з ліжка на візок, переміщення із візка на ліжко, переміщення із візка на сидіння, перехід із сидіння на візок, перехід із візка у ванну, перехід із ванни до візка, управління гальмами візка, підйом підставки для сходинок візка, опускання підставки для сходинок візка, пересування на візках: уперед, назад, повороти, підйом нахилом, спуск нахилом, зачинення і відчинення дверей, зачинення і відчинення вікна, перехід із візка до автомобіля, перехід із автомобіля у візок; рухові здатності, пов'язані з харчуванням.

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

У США рухові можливості визначаються за допомогою таких тестів:

- «Мілані-Компареті тест для малюків» – призначений для віку від народження до 2 років. Містить дослідження рефлексів новонароджених. Застосовується також у разі тестування людей більш старшого віку з тяжкими формами церебрального паралічу;
- «Пібоді градація рухового розвитку» – визначає рухові здатності дітей у віці до 7 років;
- «Тест загального рухового розвитку» – призначений для дітей дошкільного і молодшого шкільного віку;
- «Моторні тести Південної Каліфорнії» – визначають моторні функції дітей від 4 до 8 років;
- «Брунінкс—Озерецький тест рухової спритності»; досліджує рухові можливості та точність дітей від 4,5 до 14,5 року;
- «Перевірка фізичної форми підлітків за спеціальними параметрами» – тест застосовується у разі дослідження підлітків 10–17 років із порушенням опорно-рухового апарату або нервової системи;
- «Фізичний пік» – визначення фізичного стану школярів; тест розроблений Інститутом Купера і Американською спілкою здоров'я.

### **11.3 Профілактика травматизму в адаптивному фізичному вихованні**

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

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

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

*Методичні помилки, що призводять до травматизму:*

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

*Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять.*

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

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

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

- Раціональне харчування.

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

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

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

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

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

- Кількість учнів у групі повинна бути оптимальною.

- Заборонено проводити заняття за відсутності викладача.

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

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

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

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

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

нервово-м'язового апарату, які будуть зазнавати найбільшого навантаження і тому є найбільш уразливими.

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

- 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.



## 12. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІСТУ ЗАНЯТЬ З АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

У зв'язку з тим, що в процесі занять фізичним вихованням адаптивним інтегруються процеси реабілітації, виховання та соціалізації підростаючого покоління, дуже актуальною проблемою є визначення змісту занять: підбір теоретичних відомостей, фізичних вправ і їх дозування, технічних засобів та ін.

На жаль, проблема визначення та структурування змісту занять, його основної спрямованості на сьогоднішній день не вирішена остаточно навіть в теоретичному плані, причому не лише для дітей з відхиленнями у розвитку, а й для їх здорових однолітків.

Основне протиріччя полягає в тому, що часу, який виділяється державними освітніми стандартами на заняття (уроки) фізичної і тим більше адаптивного фізичного виховання (2-3 години на тиждень), явно не вистачає для того, щоб забезпечити достатню фізичну і теоретичну підготовленість учнів, необхідний рівень їхнього здоров'я і вже тим більше реабілітацію дітей з відхиленнями у розвитку, корекцію і компенсацію основного дефекту, профілактику супутніх захворювань і вторинних відхилень і т.д. При цьому необхідно враховувати, що без озброєння осіб які тренуються системою повноцінних знань неможливе формування ціннісних орієнтацій, потреб, дієвих мотивів занять фізичними вправами і взагалі аксіологічної картини світу і власного життя.

У зв'язку з цим очевидний пріоритет освітнього напрямку навчальних занять з фізичного і тим більше адаптивному фізичному вихованню як в загальноосвітній, так і в спеціальній (корекційній) школі.

Це аргументовано доводить В.П. Лук'яненко (2005) у своїй монографії, підкреслюючи, що для середньої освіти у сфері фізичної культури головним є «формування основ фізкультурних знань, озброєння способами їх творчого застосування в справі розвитку і підтримки високого рівня працездатності, оптимізації стану свого організму, зміцнення здоров'я в процесі самостійних занять фізичними вправами на протязі всього індивідуального життя».

## 12.1. Спрямованість змісту занять (уроків) адаптивного фізичного виховання

Рішення пріоритетних завдань адаптивного фізичного виховання 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) по адаптивному фізичному вихованні:

- 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) по адаптивному фізичному вихованню учні повинні засвоїти головне - яким чином організувати роботу зі своєю проблемою за допомогою засобів і методів адаптивної фізичної культури і, зокрема, адаптивного фізичного виховання.

Для цього можуть бути рекомендовані ще три групи різновидів знань в

галузі фізичної та адаптивної фізичної культури:

1) загальні питання історії, теорії та методики фізичної та адаптивної фізичної культури, фізіології фізичних вправ, психології та соціології, а також інформація про рекордні спортивні досягнення спортсменів-інвалідів, найбільших міжнародних змагань 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 безпеки, 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 адаптивного фізичного виховання. При цьому важливо також підкреслити, що основний зміст процесу вирішення практичних

завдань не може бути розміщено в рамках тільки уроку по адаптивному фізичному вихованню і повинно здійснюватися в усьому різноманітті положеннякласних та положенняшкільних форм адаптивного фізичного виховання школярів.

Говорячи про дітей з відхиленнями у розвитку, необхідно особливо акцентувати увагу педагогів (учителів) за адаптивної фізичної культури, що положеннякласні та положенняшкільні 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 адаптивного фізичного виховання є введення обов'язкових домашніх завдань з перевіркою їх виконання, а також навчання батьків проведення занять з дітьми (немовлячого та дошкільного віку).

Якщо розглядати спрямованість змісту занять (уроків) по адаптивному фізичному вихованню у віковому аспекті, то цілком зрозуміло, що теоретична та методична спрямованість змісту може вводиться 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.

## 12.2. Заняття з дітьми першого року життя

Зрозуміло, заняття по адаптивному фізичному вихованню 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, адаптивного фізичного виховання:

- 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, рефлексорні, 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-гіпотоніків, 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 при-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, перервна вібрація.

У роботі І. Мінка і Г. Решетневої показано, що у дітей з порушеннями м'язового тону (особливо з гіпотонією) цілеобразно 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 прийомів 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 тону. 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 однієї-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 підшви 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, щотбстопи 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, холістичного тпальсінга та інших засобів, 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 груди (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 рухи, підстрибуючи сидячи верхи, ходьба за м'ячем (рис. 2, а-е). 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.

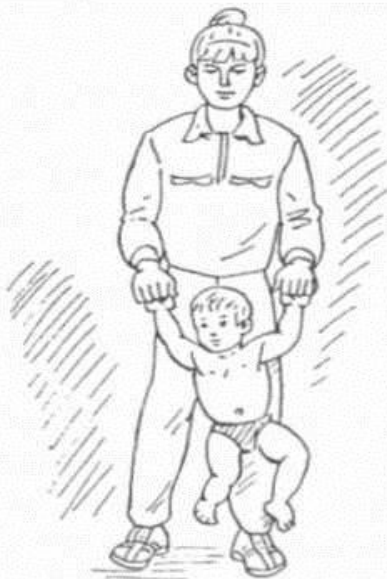


Рис. 1а. Вис за руки

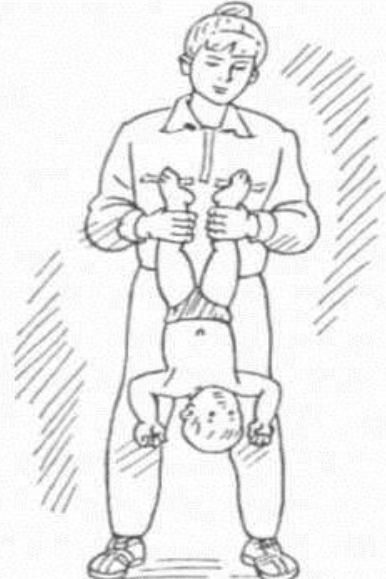


Рис. 1б. Вис за ноги

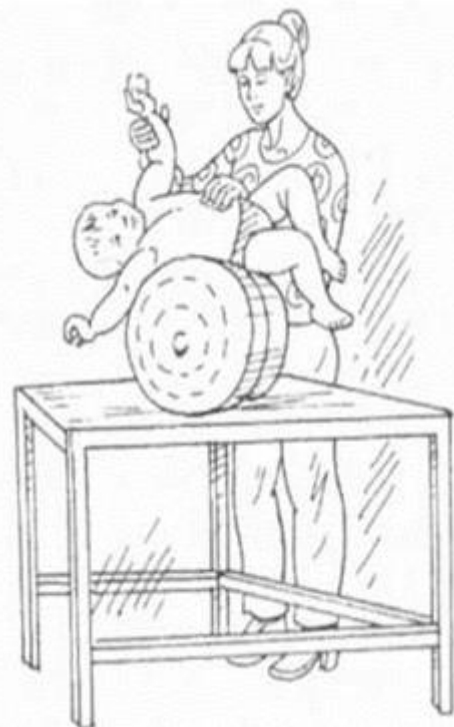
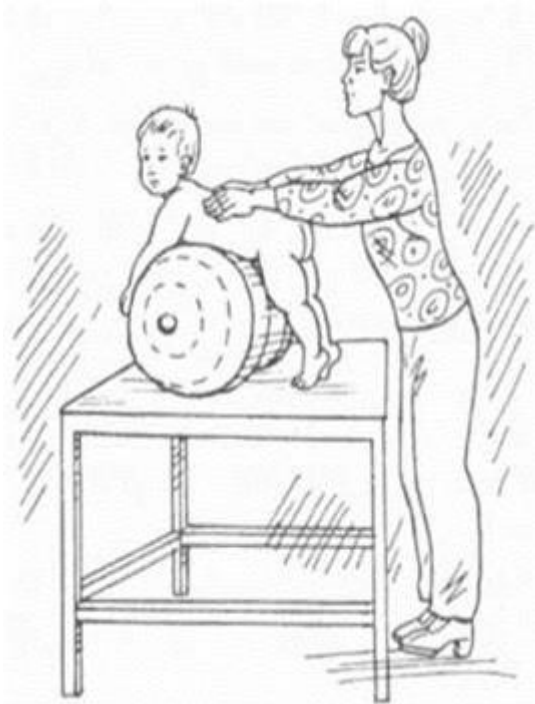


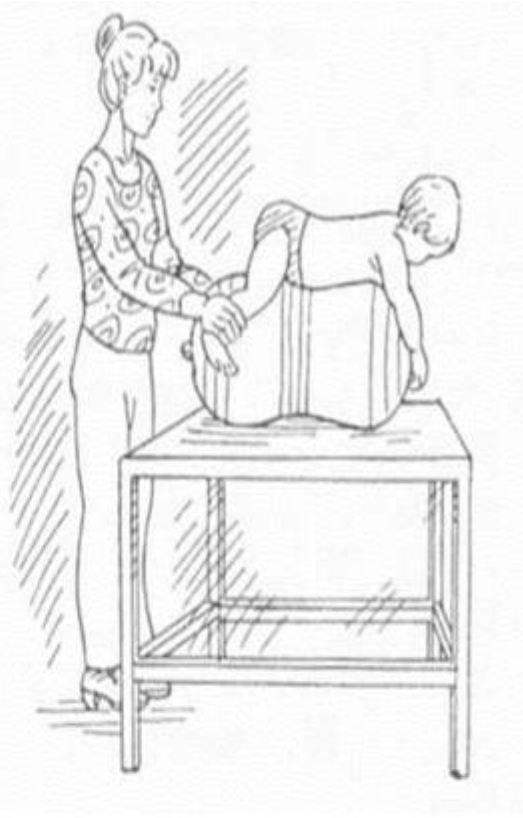
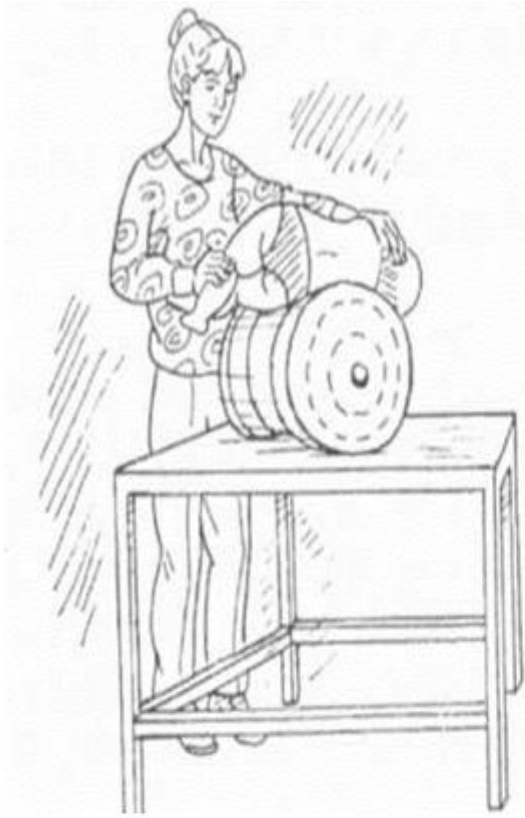
Рис. 1в. Вис за руку



Рис. 1г. Вис за ногу







Для дітей зі зниженим м'язовим тонусом вібраційні рухи на м'ячі (сидячи, лежачи) переважно виконувати у швидкому темпі, з максимальною амплітудою, уривчасто. Вправи з прокачуванням на м'ячі вперед-назад (лежачи на спині, животі, боці) слід виконувати так, щоб верхня і нижня половина тулуба на деякий час відривалася від опори (зависала), створюючи умови подолання сили тяжіння ланок і стимулювання напружених основних м'язових груп.

**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 гомілкках. Орієнтовано з 3-4 місяців вага обважнювачів для рук - 100-110 грам мов, для ніг - 150-170 грамів.

З обтяженнями виконується ходьба на руках (рис. 3) і ногах (рис. 4).

Для зміцнення м'язового корсету тулуба, розвитку силової витривалості використовуються обважнювачі для корпусу - рюкзачки. Вправи з рюкзачками виконуються в горизонтальному положенні (рис. 5, 6).

Доцільно використання обтяжень під час активного неспання дитини, заохочуючи будь-які спроби самостійної рухової активності (рис. 7).

**Кріотерапія** – включення дозованих холодових місцевих взаємодій з метою нормалізації тону скелетної мускулатури (рекомендується тільки для дітей, що мають низький м'язовий тонус). З цією метою використовуються льодові аплікації з експозицією 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.

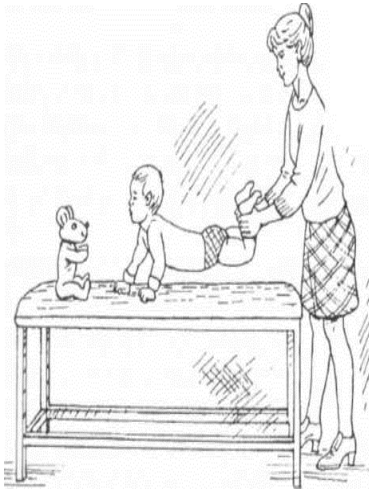
Слід підкреслити, що реабілітаційні заходи бажано проводити на тлі спеціально підібраної психотерапевтичної музики, що забезпечує стан психоемоційного комфорту матері і дитини.

**Вправи для корекції мовлення** включають: масаж голови, масаж біологічно активних точок, масаж вушних раковин, вправи для мімічної мускулатури і артикуляційного апарату.

Ефективним засобом адаптивного фізичного виховання дітей першого року життя є вправи у воді, які доцільно починати через 2-3

тижні після народження і виконувати відразу, у великій ванні, при температурі води 36-37°C. Вправи, а також способи надання дитині допомоги і страховки наведені в ряді публікацій.

*Процес фізичного виховання дітей із відхиленнями*



*Рис.3.Ходьба на рука*



*Рис. 4. Ходьба на ногах*



*Рис. 5. Утримання корпусу в висі(рюкзак з грузом за спиною)*



*Рис. 6. Утримання корпусу в висі (лежачи на боку)*



*Рис. 7. Стимуляція самостійної рухової активності)*

### 12.3. Заняття по адаптивному фізичному вихованню дошкільнят та школярів

Зміст занять по адаптивному фізичному вихованню дітей дошкільного та шкільного віку представлено у багатьох книжках і посібниках. Воно регламентоване програмами по адаптивному фізичному вихованню (фізичній культурі), багато з яких багаторазово переглядалися і коригувалося.

В даний час найбільш актуальною проблемою адаптивного фізичного виховання є акцент на формування життєвої компетентності дітей і професійно необхідних умінь і навичок. 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, переكاتування, 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

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 адаптивного фізичного виховання, особливо теоретичної та інструкторсько-методичної чеської 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 і т.д. - являються сприятливою основою і фоном формування перерахованих і ряду інших видів життєвої компетентності.

#### **12.4. Заняття по адаптивному фізичному вихованню у закладах вищої освіти**

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, психогімнастичні 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 по адаптивному фізичному вихованні зі студентами спеціальних медичних груп наведено в роботі О.Е. Аксьонової (2003) (табл. 7,8)

Таблиця 7

*Приблизний розрахунок навчальних годин для курсу студентів спеціального (корекційного) навчального відділення*

Курс навчання	Кількість годин по розділах програми				Всього годин
	Теоретичні	практичний		Контрольний	
		Методико-практичний	навчально-тренувальний		
<b>I</b>	10	8	102	16	136
<b>II</b>	8	4	108	16	136
<b>III</b>	4	8	48	8	68
<b>IV</b>	4	8	48	8	68
<b>Разом</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>306</b>	<b>48</b>	<b>408</b>

Таблиця 8

*Зміст курсу для студентів спеціального навчального відділення*

Розділ програми	Семестр								Всього годин
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
<b>1. Теоретичний (лекції)</b>									
1.1. Фізична культура в системі загально-людських цінностей і професійної підготовки студентів	2	-	-	-	-	-	-	-	2
1.2. Фізична культура для осіб з відхиленнями у стані здоров'я (адаптивна фізична культура) як	2	-	-	-	-	-	-	-	2

соціальний феномен									
1.3. Основні концепції профілактики наркоманії у вищій школі	2	-	-	-	-	-	-	-	2
1.4. Валеологічні основи життя людини	-	2	-	-	-	-	-	-	2
1.5. Контроль і самоконтроль в процесі занять фізичними вправами	-	2	-	-	-	-	-	-	2
1.6. Природничо-наукові основи фізичної культури	-	2	-	-	-	-	-	-	2
Рухова активність і резервні можливості організму людини	-	-	2	-	-	-	-	-	2
1.8. Первинна і вторинна профілактика захворювань засобами адаптивної фізичної культури				2					2
1.9. Базові види рухової діяльності	-	-	-	2	-	-	-	-	2
1.10. Традиційні та нетрадиційні оздоровчі технології фізкультурно-спортивної діяльності					2				2
1.11. Професійно-прикладна фізична підготовка студентів						2			2
1.12. Основи психоемоційної регуляції стану людини							2		2
1.13. Основи сімейного фізичного	-	-	-	-	-	-	-	2	2



виховання									
Разом кількість годин на теоретичний розділ	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>26</b>
<b>2. Практичний</b>									
<b>2.1. Методико-практичний</b>									
1.1. Хвороби сучасної цивілізації	2								2
2.1.2. Визначення обсягу рухової активності і її оцінка		2							2
2.1.3. Методика складання режиму харчування при виконанні фізичних вправ		2							2
2.1.4. Оцінка фізичного розвитку, функціонального стану і фізичної підготовленості людини		2							2
2.1.5. Визначення фізичної працездатності людини			2						2
2.1.6. Підбір індивідуального виду рухової активності для корекції «проблемних зон» в організмі (адаптивна рухова реабілітація)				2					2
2.1.7. Методика складання індивідуальних оздоровчих і корекційних					4				4

програм									
2.1.8. Методика складання та аналіз професіограм						2			2
2.1.9. Підбір засобів адаптивної фізичної культури в профілактиці профзахворювань						2			2
2.1.10. Відбудовні заходи в системі профілактики профзахворювань. Аутопатогенія							2		2
2.1.11. Підбір індивідуальних методик регуляції емоційного стану							2		:
2.1.12. Організація сімейних форм дозвілля та активного відпочинку (рухова рекреація)								2	2
2.1.13. Основи туристської техніки	-	-	-	-	-	-		2	2
Разом кількість годин па методико-практичний розділ	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>28</b>
<b>2.2. Навчально-тренувальний</b>									
2.2.1. Розвиток фізичних якостей, формування рухових навичок:									
- легка атлетика (ходьба, біг, метання);	10	10	10	8	4	4	4	4	54
- Ігри (спортивні, рухливі, нітбаскет);	10	4	8	8	4	4	4	4	46

- Основна гімнастика (без акробатики);	10	8	8	8	4	4	4	4	50
- Оздоровча гімнастика (аеробіка, фітболаеробіка, степ-аеробіка, сгретчинг, шейпінг, калланетика, атлетична гімнастика, тай-бо);	6	6	6	6	4	4	4	4	40
- танці;	-	-	-	-	1	-	1	1	3
- Національні нетрадиційних види спорту (дартс, лапта, містечка, новус);					2	2	2	2	8
- плавання;	-	10	-	8	-	-	-	-	18
Стежка здоров'я	4	-	4	-	-	-	-	-	8
2.2.2. Формування компенсаторних механізмів:									
- Оздоровча система К. Купера;	6	6	-	-	-	-	-	-	12
- Режим обмежень і навантажень Н.М. Амосова;	-	-	-	2	-	-	-		2
- Дихальна гімнастика А. Н. Стрельникової;	-	-	4	-	-	-	-	-	4
- Хатха-йога (гармонізуючі комплекси);	2	2	4	2	-	-	-	-	10
- Гімнастика цигун;	-	-	2	-		-	-	-	2
- Оздоровча слов'янська система цілісного руху Н. Кудряшова;			2	2					4
- Психогімнастика;	-	-	2	2	1	2	-		7
- Гімнастика для	2		2	2	1	-	-	-	9

очей;									
- Основи масажу і самомасажу БАТ;	-	4	2	2	1	-	-	-	9
- Система психосоматичної саморегуляції М. Норбекова;							4	4	8
- Тілесно-орієнтовані практики (метод Атександера);						2			2
- Ментальний тренінг П.В. Бундза, В.І. Баландіна						2			2
- Аутогенне тренування метод І.Г. Шульца);	-		-	-	<b>1</b>	-	-	-	1
Прогресивна м'язова релаксація за Е. Джекобсон;				4					4
- система Пілатеса	-	-	-	-	1	-	1	1	3
Кількість годин на учбово-тренувальний розділ	50	52	54	54	24	24	24	24	306
Разом кількість годин по практичному розділу	<b>52</b>	<b>58</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>334</b>
<b>3. Контрольний</b>									
3.1. Оцінка фізичного розвитку									
3.1.1. Визначення масо-ростового показника	+		+		+		+		
3.1.2. Визначення грудного показника	+						+		
3.1.3. Визначення кріплення статури	+						+		
3.2. Оцінення функціонального									

стану									
3.2.1. Проба Генче	+	+	+	+	+	+	+	+	
3.2.2. Проба Штанге	+	+	+	+	+	+	+	+	
3.2.3. Ортостатична проба	+		+		+		+		
3.2.4. Кліностатична проба		+		+		+		+	
3.2.5. Проба Ромберга	+		+		+		+		
3.2.6. Теппінг-тест	+		+		+		+		
3.2.7. Простий тест Руф'є - Діксона	+	+	+	+	+	+	+	+	
<b>3.3. Оцінка фізичної підготовленості</b>									
3.3.1. Полугорамільний тест ходьби (2400 м)	+		+		+		+		
3.3.2. Вимірювання гнучкості	+	+	+	+	+	+	+	+	
3.3.3. Вимірювання сили м'язів черевного преса	+	+	+	+	+	+	+	+	
3.3.4. Вимірювання сили м'язів рук	+	+	+	+	+	+	+	+	
3.3.5. Вимірювання сили м'язів ніг	+	+	+	+	+	+	+	+	
3.3.6. Оцінка якості спритності	+		+		+		+		
3.3.7. Визначення рівня розвитку координац. здібностей		+		+		+		+	
Разом кількість годин на контрольний розділ	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>48</b>
Разом годин по програмі	<b>66</b>	<b>70</b>	<b>68</b>	<b>68</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>408</b>

## 13. «АДАПТИВНИЙ СПОРТ»

### 13.1. Особливості наукової діяльності у адаптивному спорті

Спорт інвалідів в Україні - відносно новий розділ у теорії і практиці спортивного тренування і змагальної діяльності, який потребує уваги і вивчення. Недостатньо досліджені можливості застосування організованих

форм заняття спортом, які б дозволили продовжувати регулярні заняття після закінчення лікування в лікувальних і санаторних закладах. Для організації положення реабілітаційних закладів необхідно створювати широку мережу груп, секцій, фізкультурно-оздоровчих і спортивних клубів інвалідів за місцем проживання, а також надавати можливість інвалідам брати участь в організації і проведенні змагань з доступних видів спорту.

Спортсмени-інваліди України вперше самостійною командою взяли участь у літніх (Атланта, 1996 р.) і зимових (Нагано, 1998 р.) Паралімпійських іграх, що, разом із гуманізацією суспільства, викликало необхідність підготовки спеціалістів з питань організації навчально-тренувально-го процесу і змагальної діяльності зі спортсменами-інвалідами.

«Паралімпійський спорт» та «Адаптивний спорт». У Національному університеті фізичного виховання і спорту України (м. Київ) викладається навчальна дисципліна «Спорт інвалідів», у Запорізькому державному університеті - «Інвалідний спорт» тощо.

Разом з тим, практично відсутні узагальнюючі інформаційні джерела щодо спорту осіб з особливими потребами, повільно відбувається адаптація інваспорту до вимог сучасного суспільства, зокрема інформатизації, використання можливостей всесвітньої мережі Internet (Internet-освіти, форумів тощо).

Вихідною логічною основою в системі знань про спорт інвалідів є поняття, що виражають основні властивості об'єктів або явищ; судження про ці властивості; висновки, що виражають найбільш загальні уявлення про зв'язки, причини і закономірності вивчення явищ.

Система знань про спорт інвалідів виражається перш за все в основних термінах і їх визначенні. Терміни і визначення повинні не тільки охоплювати сукупність знань, що утворюють наукові і навчальні дисципліни.

«Паралімпійський спорт», «Адаптивний спорт» тощо, але і виділяти і узагальнювати відносно стале в цих знаннях, збагачувати свій зміст у відповідності з розвитком спорту інвалідів. Терміни інваспорту можуть відноситися як до спорту інвалідів в цілому, так і до окремих його аспектів - історичного, гуманістичного, організаційно-правового, медичного і власне спортивного.

*Вид змагань* - змагання в межах виду спорту або однієї з його дисциплін, що спричиняє до розподілу місць серед його учасників і завершується врученням медалей і дипломів.

*Деонтологія* – розділ етики, вчення про юридичні, професійні і моральні обов'язки і правила поведінки медичного працівника (лікаря), головним чином, по відношенню до хворого. У теперішній час спортивно-медична деонтологія набуває самостійного, практичного значення, визначаючи етичні і моральні норми у взаємовідносинах лікаря, тренера та інваліда, який займається спортом.

*Дивізіон* - стартова група спортсменів у змаганнях Спеціальних Олімпіад. Включає від 3 до 8 спортсменів, рівень результатів яких відрізняється не більше, ніж на 10 % (15% у разі неможливості забезпечення 10% дивізіонування), з метою надання кожному з них можливості перемогти а змаганнях. Як правило, для формування дивізіонів проводяться кваліфікаційні змагання.

*Етіологія* - вчення про причини захворювань. Професійне медичне застосування терміну - синонім «причини».

*Загальна (медична) класифікація* - розподіл спортсменів за видами ушкоджень (діагнозом тощо). До сучасних загальних Паралімпійських класифікаційних груп належать спортсмени з вадами зору (3 класи); пошкодженнями спинного мозку (8 класів), ампутаціями (9 класів); церебральним паралічем (8 класів); з іншими («Les Autres») пошкодженнями опорно-рухового апарату (6 класів).

*Зимові Паралімпійські ігри* - комплексні змагання з зимових видів спорту серед спортсменів з вадами зору та пошкодженнями опорно-рухового апарату. Проводяться щочотири роки з 1976 р., з 1992 р. - на тих самих спортивних спорудах, що і зимові Олімпійські ігри, одразу після завершення останніх. Нині (з 1989 р.) проводяться під керівництвом Міжнародного паралімпійського комітету.

*Інвалід* - особа зі стійким порушенням функцій організму, котре є наслідком захворювання, травм або вроджених дефектів, засвідчених у встановленому порядку органами охорони здоров'я, що призводить

до обмеження її життєвих можливостей та потреби у соціальному захисті та допомозі. В контексті спортивної діяльності доцільним є використання структурно обумовлених термінів «паралімпійці», «дефлімпійці», «спеціолімпійці» дозволяє адаптувати організм до навантажень і створити базу для формування спортивних рухових навичок. Застосування уніфікованих навантажень дозволяє також прискорити процес відновлення фонду життєво важливих вмінь і навичок, що необхідні у побутовій діяльності.

*Літні Паралімпійські ігри* - найбільші всесвітні комплексні змагання серед спортсменів з вадами зору та пошкодженнями опорно-рухового апарату з літніх Паралімпійських видів спорту. Проводяться щочотири роки з 1960 р., з 1988 р. - на тих самих спортивних спорудах, що і ігри Олімпіади, одразу після завершення останніх. Нині (з 1989 р.) проводяться під керівництвом Міжнародного паралімпійського комітету

*Міжнародна спортивна асоціація сліпих* (International Blind Sports Association, IBSA) - міжнародне спортивне об'єднання, що його було створено у 1981 р. з метою розвитку спорту осіб з вадами зору, один з фундаторів Міжнародного паралімпійського комітету.

*Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація осіб з церебральним паралічем* (Cerebral Palsy - International Sports and Recreation Association, CP-ISRA) - міжнародне спортивне об'єднання, що його було створено у 1978 р. з метою розвитку спорту осіб з церебральним паралічем, один з фундаторів Міжнародного паралімпійського комітету.

*Міжнародна спортивна організація інвалідів* (International Sports Organization for the Disabled, ISOD) - міжнародне спортивне об'єднання, що його було створено у 1964 р. з ініціативи Всесвітньої Федерації Ветеранів з метою розвитку спорту осіб з ампутаціями та іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату, один з фундаторів Міжнародного паралімпійського комітету. Організація, що діє у разі відсутності Національного паралімпійського комітету. Якщо не створено Національного паралімпійського комітету, організація яка вже існує може взяти на себе координацію дій в даній країні і нести відповідальність за розвиток Паралімпійського спорту та стосунки із Міжнародним паралімпійським комітетом.

*Національний комітет спорту інвалідів України* - носій паралімпійського руху в Україні і вищий орган, який координує діяльність громадського спортивного руху інвалідів, об'єднує



національні Федерації спорту інвалідів з ураженнями зору, слуху, опорно-рухового апарату, розумовими та фізичними вадами. Представляє Україну в міжнародному Паралімпійському русі, виконує функції Національного паралімпійського комітету України.

*Національний паралімпійський комітет* - керівний орган паралімпійського руху в країні, національна спортивна організація, що об'єднує всі організації (федерації) спортсменів паралімпійських нозологій і несе відповідальність за розвиток паралімпійського спорту та стосунки із Міжнародним паралімпійським комітетом.

*Неофіційний командний залік* - система визначення результатів виступу національних команд на Олімпійських іграх, що прийнята більшістю Національних олімпійських комітетів, але не визнана Міжнародним олімпійським комітетом як офіційна. Міжнародний олімпійський комітет додержується положенняції, згідно якої ігри є змаганням між спортсменами, а не між країнами.

*Нозологія* - вчення про хвороби, їх класифікацію і номенклатуру. У широкому розумінні - вид пошкодження.

-2000 рр. брали участь спортсмени з вадами розумового розвитку, після чого їх офіційна участь була призупинена. Розрізняють *Літні* (проводяться з 1960 р.) та *зимові* (з 1976 р.) Паралімпійські ігри. Паралімпійські ігри проводяться щочотири роки, з 1988 р. - на тих самих спортивних спорудах, що і Олімпійські ігри, одразу після завершення останніх.

*Партнерський спорт* - форма програм Спеціальних Олімпіад, що передбачає рівноцінну участь здорових спортсменів. Партнерський спорт було запроваджено у 1991 р.

*Поліомієліт* - гостре вірусне захворювання, дитячий спинальний параліч з арефлексією та атрофією м'язів.

*Працездатність* - поняття, що визначає здатність до праці, котра залежить від стану здоров'я людини (працівника). Розрізняють загальну працездатність - здатність до виконання будь-якої роботи в звичайних умовах, професіональну - здатність працювати за певною професією, посадою в певних умовах і неповну - здатність працювати лише в полегшених умовах, наприклад, при неповний робочий день.

*Принцип рівності* - принцип формування дивізіонів (стартових груп) у змаганнях Спеціальних Олімпіад, з метою надання кожному з учасників можливості перемогти.

*Програма Паралімпійських ігор* - комплекс видів спорту і спортивних дисциплін, з яких проводяться змагання Паралімпійських

ігор. Програму Паралімпійських ігор встановлює Міжнародний паралімпійський комітет.

*Спортивна дисципліна* - відгалуження виду спорту, що включає один або декілька видів змагань.

*Спортсмени з ампутаціями* - нозологічна паралімпійська група, пошкодження опорно-рухового апарату, включає спортсменів із втратою кінцівок або їх сегментів. У загальній паралімпійській класифікації виділяються 9 класів спортсменів з ампутаціями.

*Спортсмени з вадами зору* - нозологічна паралімпійська група, включає спортсменів з втратою зору аж до його повної відсутності (відсутності світловідчуття, тотальної сліпоти). У загальній паралімпійській класифікації виділяються 3 класи спортсменів з вадами зору.

*Спортсмени з вадами інтелекту* - нозологічна група Спеціальних Олімпіад, включає спортсменів, які згідно рішення відповідних органів освіти та охорони здоров'я, кваліфікованого лікаря або психолога, віднесені до розумово відсталих. Діагноз має ґрунтуватися на використанні стан-дартних тестів та офіційному висновку про значно нижчий за середній рівень інтелектуальних функцій і адаптаційної поведінки особи.

*Спортсмени з іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату* («Les Autres», фр. - «інші») - нозологічна паралімпійська група, пошкодження опорно-рухового апарату, включає спортсменів із діапазоном уражень, що вони виникли в результаті порушення функцій опорно-рухового апарату та не описані в класифікаційних системах визнаних груп уражень.

*Спортсмени з церебральним паралічем* - нозологічна паралімпійська група, пошкодження опорно-рухового апарату, включає переважно спортсменів із синдромом рухових порушень. У загальній паралімпійській класифікації виділяються 8 класів спортсменів з церебральним паралічем.

*Спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату* - нозологічна паралімпійська група, включає спортсменів з пошкодженнями спинного мозку, церебральним паралічем, ампутаціями та іншими («Les Autres») пошкодженнями

*Стартова група* - група спортсменів, які об'єднані для участі у змаганнях відповідно до рівня рухових можливостей на основі функціональних класифікацій у Паралімпійських іграх або відповідно до рівня спортивних результатів у Спеціальних Олімпіадах.

Визначення результатів та нагородження спортсменів проводиться у кожній стартовій групі.

*Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»* - спеціалізована установа, яка сприяє забезпеченню проведення в життя державної політики з питань фізичної культури і спорту серед інвалідів на території України, і здійснює свої повноваження як безпосередньо, так і через Кримський республіканський, обласні, Київський та Севастопольський міські центри з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт». Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», створений згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 27.01.92 N 31 «Про Комплексну програму розв'язання проблем інвалідності», віднесений до сфери управління Національного комітету спорту інвалідів України.

*Функціональна класифікація* - розподіл спортсменів на стартові групи у Паралімпійських іграх відповідно до їх рухових можливостей та вимог конкретних видів спорту та спортивних дисциплін. Наприклад, у легкоатлетичних змаганнях, спортсмени, які не мають можливості ходити, об'єднуються в стартові групи на візках відповідно до рівня рухових можливостей незалежно від медичного діагнозу.

*Церебральний параліч* - різноманітні паралічі і парези, що розвиваються в дитячому віці внаслідок ураження головного мозку. Провідним критерієм оцінки стану осіб з церебральним паралічем є стан рухових, мовних, інтелектуальних функцій. Тому для детальної характеристики захворювання застосовуються такі основні синдроми, як синдром рухових порушень, синдром порушень інтелекту та синдром мовних розладів.

Слід зауважити, що щільний взаємозв'язок спорту, зокрема інваспорту, з усіма галузями суспільного життя спричиняє до використання категорій філософського, біологічного, економічного, мистецького, технологічного характеру тощо.

### **13.2. Адаптивний спорт як складова Олімпійського руху Змагання під патронатом міжнародного олімпійського комітету**

Одне з чільних місць серед спортових вартостей посідає Олімпійський рух, що визначений у Олімпійській Хартії як «всесвітньо, регіонально і національно організована на підставі спортивних інтересів суспільна і державна діяльність, що спрямована на збереження, продовження і розвиток традицій Олімпійських ігор і подібних до них комплексних змагань, що мають на меті розповсюдження олімпійських ідеалів серед спортсменів і любителів спорту цілого світу».

Олімпійський спорт - міжнародний, багатофункціональний спортивний рух, спрямований на пропаганду загальнолюдських, гуманістичних вартостей у відповідності з концепцією олімпізму; найважливіша складова міжнародного спортивного руху, який є невід'ємною частиною сучасного суспільного життя і міжнародних відносин.

Під патронатом МОК нині проводиться велика кількість різноманітних змагань, деякі з котрих (Панамериканські, Азійські тощо) за своїм масштабом та рівнем організації поступаються лише Олімпійським іграм. Правило 5 Олімпійської Хартії закріплює патронат і над іншими іграми: «МОК і «паралельні» ігри: Піфійські, що проводились з 589 р. до Н.Х. у Дельфах і були присвячені богові Аполону; Немейські - з 573 р. до Н.Х. у Немеях на честь міфічного героя Геракла; Істмійські - з 573 р. до Н.Х. у Коринфі під егідою бога Посейдона; Панафінейські - з 566 р. до Н.Х. у Атенах на честь богині Атени, а також ігри, що проводились у полісах і колоніях Стародавньої Греції - Аргоські, Дорійські, Херсонеські та інші.

Прагнення пов'язати свою діяльність з Олімпійською характерно не лише для урядів різних країн та НОК. З Олімпійським спортом тісно пов'язані і періодичні комплексні змагання, що вони проводяться різними спільнотами за національними, релігійними, професійними та іншими ознаками. Кожний з напрямів цього руху має власні географічні ареали та території, органи управління і координації, системи фінансування.

Важко переоцінити гуманістичний сенс різноманітних спортивних змагань осіб з особливими потребами. Вони дозволяють людям, позбавленим долі, повернутися в суспільство, а в окремих випадках - позбутися недуги за допомоги спорту.

Перші спроби залучення інвалідів до спорту були зроблені ще у XIX столітті, коли в 1888 році у Берліні був заснований перший спортивний клуб для глухих. З 1924 року Міжнародний спортивний комітет глухих кожні чотири роки проводив Всесвітні ігри глухих.

Перші «Олімпійські ігри для глухих» були проведені в Парижі 10-17 серпня 1924 р. серед спортсменів офіційних національних федерацій Бельгії, Великої Британії, Нідерландів, Польщі, Франції і Чехословаччини. У іграх також взяли участь, Італія, Румунія і Угорщина, які не мали офіційних національних федерацій. Спортсмени змагалися з легкої атлетики, велоспорту, футболу, стрільби і плавання. З розвитком спортивного руху осіб з вадами слуху та офіційним визнанням МОК, ігри одержали назву «Дефлімпійські».

Після другої світової війни до занять спортом залучаються інваліди з пошкодженнями опорно-рухового апарату. Фундатором цієї справи став доктор Людвіг Гуттманн. Проведені під його керівництвом у 1948 р. змагання зі стрільби з лука за участю 16 паралізованих військовослужбовців стали підґрунтям майбутніх Паралімпійських ігор.

У грудні 1968 р. з ініціативи Юніс Кеннеді Шрайвер були проведені Перші Міжнародні Спортивні ігри Спеціальних Олімпіад де близько 1000 розумово відсталих людей змагалися з легкої атлетики та плавання.

Велику місію милосердя виконують організації, що проводять спортивні змагання серед сліпих, німих, з порушеннями опорно-рухового апарату й інших інвалідів. Проводяться Європейські та Всесвітні ігри незрячих «Eurosport», Всесвітні спортивні ігри параплегиків, Всесвітні спортивні ігри ампутантів тощо.

Сучасний спорт осіб з особливими потребами, як специфічне суспільне явище характеризується наявністю цілого ряду специфічних тенденцій і особливостей, головними з яких є такі, як виражена тенденція до популяризації і розвитку серед інвалідів практично тих видів спорту, що користуються популярністю у суспільстві, а також нозологічно специфічних видів спорту (голбол тощо); наявність адекватних змін у правилах змагань, обумовлених винятково функціональними можливостями інвалідів; прагненням до інтеграції спорту інвалідів із спортом здорових людей.

Олімпійський рух інвалідів - складова сучасного Олімпійського руху, що об'єднує організації, спортсменів та інших осіб, зокрема

людей з особливими потребами. Базуючись на гуманістичних ідеалах, що закладені у Олімпізмі, Олімпійський рух інвалідів є одним з масштабних соціальних явищ сьогодення. У ньому реалізується право кожної особи на заняття спортом та участь у розбудові кращого світу засобами спорту, без дискримінації, на основі взаєморозуміння, дружби, солідарності та чесної гри.

У відповідності із Олімпійською Хартією, критерієм приналежності до Олімпійського руху є визнання МОК. Нині МОК визнані такі Всесвітні комплексні змагання інвалідів як Паралімпійські ігри, Дефлімпійські ігри та ігри Спеціальних Олімпіад, у назвах яких відзеркалено прагнення асоціювання своєї діяльності із Олімпійською.

У нормативних документах Міжнародного паралімпійського комітету (International Paralympic Committee - IPC), Міжнародного Спортивного комітету глухих (Comité International des Sports des Sourds - CISS, з 2003 р. Міжнародного Дефлімпійського комітету - International Deaflympic Committee - IDC) і Міжнародної організації Спеціальних Олімпіад (Special Olympics International, Inc - SOI) декларується співпраця з Міжнародним олімпійським комітетом. Переконливими прикладами взаєморозуміння є офіційний дозвіл МОК на використання слова «Олімпіада» у назві Міжнародної організації «Спеціальна Олімпіада», використання прапорів МОК і Міжнародного спортивного комітету глухих на Дефлімпійських іграх, проведення Паралімпійських ігор на тих самих спортових об'єктах, що й Олімпійських з використанням аналогічних ритуалів та атрибутики - Паралімпійського прапору білого кольору із розташованим у центрі Паралімпійським символом.

Паралімпійський символ являв собою видозмінений Олімпійський символ; у 1989-2004 рр. був представлений трьома півкулями червоного, зеленого та синього кольорів, що вони символізували розум, тіло, дух.

Спортсмени-паралімпійці проголошують клятву, за своїм духом схожу на Олімпійську: «Від імені усіх спортсменів я обіцяю, що ми будемо брати участь у Паралімпійських іграх, поважаючи та дотримуючись встановлених правил, у душі справедливої боротьби, заради слави спорту і гідності наших команд». Філософська концепція життя, що концентрується у Олімпізмі та об'єднує у єдине ціле тіло, волю й розум, знайшла своє віддзеркалення у Паралімпійському гаслі - «Свідомість, тіло, дух».

15 травня 2003 р. на прес-конференції, що відбулася у програмі міжнародного спортивного з'їзду в Мадриді (Іспанія), Президент Міжнародного паролімпійського комітету Філіп Кравен проголосив про вступ у нову еру спорту людей з обмеженими можливостями, одне з основних завдань якої - «підвищення уваги до розвитку спорту, починаючи з базового рівня, особливо в країнах з економікою, що розвивається».

Початок «нової ери» паролімпійського спорту відзеркалено у оновленому логотипі Міжнародного паролімпійського комітету і підкріплене Паролімпійським гаслом «Дух у русі», що їх представив Філіп Кравен.

Філіп Кравен представляє оновлений Паролімпійський символ.

Новий логотип нагадує старий - ті ж кольори - червоний, синій і зелений, подібне розташування елементів дещо зміненої форми, що може бути інтерпретованим як «рух» чи «прямування вперед».

Форма елементів символічно відзеркалює оновлені пріоритети Міжнародного паролімпійського комітету - «Надання можливості атлетам - паролімпійцям досягнути спортивної досконалості для натхнення та пропаганди миру», а універсальність Паролімпійського руху демонструється через круглу форму, що символізує земну кулю. Та й нове гасло нагадує звичне «Розум, тіло, дух», і, як логотип, є розвитком ідей спорту людей з обмеженими можливостями.

Оновлені логотип та гасло поступово впроваджувалися у публікації, програми, вироби тощо. Остаточне запровадження оновленої Паролімпійської символіки відбулося у 2004 р.

В сучасних Паролімпійських іграх, Дефлімпійських іграх та Іграх Спеціальних Олімпіад спортсмени з порушеннями опорно-рухового апарату (ПОРА), вадами зору (ВЗ), слуху (ВС), вадами інтелекту (ВІ) змагаються у різноманітних видах спорту (табл.1-2).

## Види спорту у програмах літніх Ігор інвалідів

Види спорту	Ігри			
	Паралімпійські		Дефлімпійські (BC)	Спеціальні Олімпіади (BI)
	ПО РА	ВЗ		
Бадмінтон			■	■
Баскетбол	■		■	■
Боротьба			■	
Бочі	■			■
Боулінг			■	■
Велоспорт	■	■	■	■
Вітрильний спорт	■	■		■
Водне поло			■	
Волейбол	■		■	■
Гандбол			■	■
Гімнастика				■
Голбол				■
Гольф				■
Дзюдо		■		



Кінний спорт				
Кульова стрільба				
Легка атлетика				
Настільний теніс				
Орієнтування				
Паверліфтинг				
Плавання				
Пляжний волейбол				
Регбі				
Ролер-скейтинг				
Софтбол				
Стрільба з лука				
Стрибки у воду				
Теніс				
Фехтування				
Футбол				

Спортивні заняття інвалідів передбачають вирішення загальних завдань, спільних для більшості нозологій, а також нозологічно орієнтованих корекційних та спеціальних завдань.

Гуманістична спрямованість інваспорту незаперечна. У ньому успішно реалізуються основні суспільно значущі функції - змагальна, видовищна, гуманістична, виховна, соціалізуюча, комунікативна, інтегративна, корекційно-компенсаторна, розвивальна, рекреаційно-оздоровча, освітня.

### 13.3. Загальна характеристика Паралімпійських ігор

За свідченням Джоан Скратон (Joan Scruton), колишньої асистентки Людвіга Гуттманна, в подальшому - Генерального Секретаря Міжнародного координаційного комітету, вперше слово «Paralympiad» з'явилося у 1951 р. у журналі «Paraplegics» Сток-Мандевльського шпиталю для паралізованих у статті «Аліса на Паралімпіаді», за аналогією із казкою Люїса Керола «Аліса у Дивосвіті». У той час префікс «para» вказував на параплегію

(параліч). Разом із тим, на той час термін «Паралімпіада» не вживався стосовно Сток-Мандевільських ігор.

Не виключено, що Людвіг Гуттманн уникав цього терміну з причини, яка найбільш імовірно пов'язана з його зацікавленістю зберегти тотожність ігор із Сток-Мандевілем. З іншого боку, Людвіг Гуттманн оцінював атлета, який брав участь у змаганнях, а також самі ігри як такі, що заслуговують на назву Олімпіади Паралізованих. У 1975 р., у листі до МОК, він доповнив цю думку словами «... ми створили наші власні Олімпіади Інвалідів».

Аналіз розвитку міжнародного спортивного руху інвалідів показав, що ідеї Паралімпізму майже збігаються з ідеями Олімпізму. Однак, тривалий час ігри інвалідів проводилися не лише не в столицях Олімпійських ігор, а навіть в інших країнах.

Пізніше відбулася ще одна зустріч між представниками Міжнародного координаційного комітету та МОК, в результаті якої Міжнародний координаційний комітет прийняв проположенняцію МОК утриматися від вживання терміну «Олімпійські ігри для інвалідів» і користуватися іншим терміном - Паралімпійські ігри (Paralympic Games). Для використання були обрані латинське та грецьке значення префіксу «para» - «паралельний», «такий, що приєднався, та водночас незалежний» та «подібний». Цей термін став означати, що ігри для інвалідів проводяться паралельно із Олімпійськими. Проте, нині рахунок Паралімпійських ігор починають з 1960 р., тобто з ІХ Сток-Мандевільських ігор, що відбулися у Римі, хоча спочатку Сток-Мандевільські ігри проводилися як ігри паралізованих, з часом, коли з'явилися нові міжнародні спортивні організації інвалідів, у них стали змагатися спортсмени інших нозологічних груп.

З 1989 р., після створення Міжнародного паралімпійського комітету, назва «паралімпійський» поступово почала помилково вживались як синонім усього спортивного руху інвалідів, який містить не лише Паралімпійські ігри (див.Рис.1.).

Слід зазначити, що термін «паралімпійський» неточно вживався у деяких офіційних документах. Паралімпійські ігри називали «Параолімпійсь-кими іграми». Більше того, у спеціальній літературі всі складові Олімпійського руху, що пов'язані із комплексними спортивними змаганнями під патронатом МОК визначали як «Параолімпійський рух».

Сучасні Паралімпійські ігри, де змагаються і спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату, і спортсмени з вадами зору, у деяких з котрих (1996-2000рр.) брали участь спортсмени з затримкою розумового розвитку, виникли завдяки діяльності Людвіга Гуттманна та Міжнародної Федерації Сток-Мандевільських ігор, що провела в Англії перші змагання для спортсменів-спинальників. Одночасне проведення ігор XIV Олімпіади у Лондоні у 1948 р. і перших змагань зі стрільби з лука для інвалідів з параплегією у Сток-Мандевілі наштовхнуло на ідею проведення масштабних, комплексних змагань для інвалідів з різними вадами. Нині проводяться літні (з 1960 р.) та зимові (з 1976 р.) Паралімпійські ігри.

Так, якщо у I Паралімпійських іграх взяло участь 400 спортсменів з 23 країн, то у XIII літніх Паралімпійських іграх кількість країн-учасниць збільшилася понад уп'ятеро і склала 148 офіційних, а спортсменів збільшилася удесятеро і склала 4000 учасники. Подібна, хоча й менш вражаюча тенденція спостерігається і у зимових Паралімпійських іграх - від 250 спортсменів 14 країн до 580 учасників 36 країн.

Нозологічний склад учасників Паралімпійських ігор змінювався. Так, якщо у Паралімпійських іграх 1960-1968 рр. брали участь лише спортсмени з пошкодженнями хребта та спинного мозку, то вже з Паралімпійських ігор 1972 р. починається як демонстраційна, так і офіційна участь спортсменів інших нозологій - з вадами зору (у 1972 р. - демонстраційна, а з 1976 р. офіційна участь), з іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату (з 1976 р., окрім Паралімпійських ігор 1980 р.), ампутаціями та наслідками церебрального паралічу (з 1980 р.).

Спортсмени усіх зазначених нозологій змагалися у Паралімпійських іграх 1984 р., хоча й у різних містах (Нью-Йорк та Сток-Мандевіль), а з наступних ігор у Сеулі (1988 р.) - у єдиних комплексних змаганнях. Демонстраційна участь спортсменів з порушеннями інтелекту відбулася у 1992 р. Офіційно спортсмени цієї нозології змагалися у Паралімпійських іграх 1996-2000 рр. Після порушення процедури класифікації у 2000 році участь спортсменів цієї нозології в паралімпійських іграх було призупинено.

Спортсмени різних нозологій розподіляються на змагальні групи відповідно до загальних та функціональних класифікацій. Спортсмени з порушеннями інтелекту отримали дозвіл на участь в паралімпійських іграх з 2012 року.

Еволюція паролімпійських ігор від 1960 року до теперішнього часу відбувається у напрямках:

1. Збільшення кількості учасників (спортсменів та країн)
2. Розширення нозологічного складу учасників (вдосконалення процедури класифікації спортсменів)
3. Вдосконалення програми змагань

Одним з найважливіших компонентів Паралімпійського спорту є програма Паралімпійських ігор. Програма Паралімпійських ігор не була сталою, змінювалася протягом існування ігор. Види спорту та спортивні дисципліни включалися до програми Паралімпійських ігор та вилучалися з неї під впливом різноманітних чинників. Змінювалася кількість та співвідношення спортивних дисциплін, комплектів нагород тощо.

## **14. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗМАГАНЬ У ПАРАЛІМПІЙСЬКОМУ СПОРТІ**

### **14.1. Організаційні аспекти проведення змагань з паролімпійських видів спорту**

Як в олімпійському, так і у паролімпійському спорті застосовуються різноманітні **способи проведення змагань**. Вибір способу залежить від виду спорту і традицій проведення змагань в цьому виді; мети змагань; кількості учасників і місця проведення; можливостей суддівської колегії; часу, який виділений на проведення змагань.

У більшості видів спорту найчастіше зустрічаються такі способи: **коловий, відбірково-коловий, змішаний і спосіб прямого вибування**.

**Коловий спосіб.** При проведенні змагань цим способом всі учасники змагань зустрічаються з усіма суперниками почергово. Результати зустрічей (перемоги, поразки, нічий) враховуються при визначенні порядкового місця, яке посів більшу суму очок.

При проведенні змагань коловим способом виникають випадки, коли однакову суму очок набирають два або декілька учасників (команд). В таких випадках перевага надається спортсмену або команді у відповідності з умовами, які регламентовані в Положенні

про змагання. Умови, які виявляють переваги того або іншого спортсмена (команди) при набраній однакової кількості очок, можуть бути: перемога спортсмена (команди) в особистій зустрічі; перевага в кількості перемог уданого спортсмена (команди); краще співвідношення нанесених і отриманих голів (футбол) и інші. Положенням про змагання може бути передбачено, що при рівності результатів у деяких учасників для визначення зайнятого місця між ними можуть бути назначені додаткові зустрічі.

**Відбірково-коловий спосіб.** При проведенні змагань цим способом учасників (команди) спочатку розділяють на попередні групи, в яких кожен спортсмен (команда) зустрічається зі всіма суперниками даної групи. Потім спортсмени, які посіли місця в групі (в більшості видів спорту 1- 3-є місце, але не більше 50 % учасників даної попередньої групи), переходять до наступного туру змагань. Цих змагань.

При досить великій кількості учасників (команд) відбірково-коловий спосіб дозволяє учасникам набути певний змагальний досвід. При цьому, в певному ступеню, об'єктивно визначаються сильніші спортсмени (команди).

**Змішаний спосіб.** Всі спортсмени (команди) попередньо беруть участь в одному - трьох турах, які проводяться відбірково-коловим способом. Потім переможці попередніх змагань зустрічаються між собою за жеребом способом прямого вибування. Кількість фіналістів, як і кількість переможців попередніх змагань, визначається Положенням про змагання, фінальні поєдинки проводяться коловим способом.

Можливі варіанти змішаного способу, коли після турів, проведених відбірково-коловим способом, фінальні поєдинки проводяться способом прямого вибування.

Приблизно за такою схемою проводяться популярні в США та багатьох країнах Європи змагання зі спортивних ігор, які

Визначення переможця в змаганнях, які проводяться змішаним способом, багато в чому залежать від характеру жеребкування. Найбільш об'єктивним є розсіяння спортсменів (команд) по попереднім групам у відповідності з їх кваліфікацією, яка виявляється за результатами попередніх змагань.

**Спосіб прямого вибування.** В змаганнях, які проводяться цим способом, учасник (команда), які програли поєдинок, вибувають з подальшої боротьби.

Хоча можливі заохочувальні поєдинки між командами які програли, які дозволяють їх переможцям продовжувати подальші змагання. Допускаються також варіанти вибування спортсмена з подальших змагань не після першої поразки, а після другої. При проведенні змагань способом прямого вибування на результат змагань впливає жеребкування спортсменів (команд), яка може звести в одному поєдинку дві сильні команди. Важливий момент об'єктивізації проведення змагань таким способом – розсіяння учасників, що суттєво напередвзяте виявлення переможця.

Незалежно від способів проведення змагання можуть складатись з двох основних ступенів: попередніх та фінальних. В залежності від кількості учасників між попередніми та фінальними змаганнями можуть бути проміжні ступені: 1/8, 1/4, 1/2 фіналу.

В легкій і важкій атлетиці, плаванні та інших спортивних дисциплінах можуть проводити змагання, які складаються з двох етапів: кваліфікаційні та основні. В процесі кваліфікаційного етапу проводиться відбір спортсменів для участі в основному етапі. При цьому встановлюється кваліфікаційний норматив.

Спортсмени, які виконують його, допускаються до участі в основних змаганнях, де і виявляються переможці.

Спортивні змагання можуть бути особистими, командними та особисто-командними.

В **особистих змаганнях** визначаються місця всіх спортсменів, які беруть участь у змаганнях, переможці і призери.

В **особисто-командних змаганнях**, окрім особистих місць учасників, по зайнятим ними місцях визначаються місця команд, які приймають участь.

Характерною особливістю особисто-командних змагань є те, що всі учасники, в тому числі спортсмени одного колективу, змагаються між собою.

В командних змаганнях визначається лише місце, яке займає команда. На відміну від особисто-командних змагань, в командних змаганнях учасники однієї команди змагаються тільки зі спортсменами другої команди.

В спортивних іграх (футбол, баскетбол, волейбол та інш.), а також в греблі (крім човнів-одиночок) практично проводять тільки командні змагання. В інших змаганнях можуть проводити особисті, особисто-командні та командні змагання.

## 14.2. Особливості забезпечення суддівства

Однією з основних складових підготовки до Паралімпійських ігор є процес класифікації та кваліфікації спортсменів. У Паралімпійських іграх можуть брати участь спортсмени, які відповідають умовам допуску, що встановлені Положенням та Правилами Міжнародного паралімпійського комітету. Класифікація та кваліфікація - це тривалий процес, що відбувається протягом чотирьох років між Паралімпійськими іграми і складається з трьох етапів. Згідно з встановленою системою Паралімпійських заявок і кваліфікації, Національні паралімпійські комітети подають попередні заявки. На першому етапі Національні паралімпійські комітети представляють основні дані на всіх спортсменів, які є кандидатами на та класифікацію кандидатів на участь у Паралімпійських іграх. Всі міжнародні спортивні федерації інвалідів, як правило, інформовані за 2-3 роки про необхідність проведення кваліфікаційних змагань, які відбуваються під егідою Міжнародного паралімпійського комітету. На третьому етапі Національні паралімпійські комітети подають фінальні заявки на всіх спортсменів, які братимуть участь у Паралімпійських іграх. Ці фінальні заявки є остаточними. Після подання фінальних заявок вносити поправки чи робити заміни спортсменів заборонено. Замінити спортсмена можна з поважних причин (травма, хвороба тощо) і лише у тому класі та виді програми, на які було заявлено попереднього спортсмена. Спортивний комітет МПК розробляє систему збору даних про заявки та класифікацію з метою забезпечення паралімпійським комітетом розробляють класифікаційну стратегію, згідно з якою певний відсоток спортсменів (наприклад, 12 або 21%) можуть пройти класифікацію безпосередньо у місці проведення Паралімпійських ігор. Згідно з класифікаційною стратегією, всі спортсмени, які мають взяти участь у Паралімпійських іграх, одержують один із трьох паралімпійських статусів: «постійний статус» (PPS), статус «під наглядом» (PRS) або «новий статус» (PNS). Кожен вид спорту Паралімпійської програми перебуває під контролем підрозділів Міжнародного паралімпійського комітету, Міжнародної організації спорту інвалідів та інших організацій.

Постійний статус отримують спортсмени, які мають визнану та ухвалену класифікаційну оцінку. Спортсмен із таким статусом не повинен проходити класифікацію під час Паралімпійських ігор.

Статус «під наглядом» отримують спортсмени з нестабільним станом здоров'я та функціональних можливостей. Спортсмен із таким статусом повинен пройти класифікацію після приїзду на Паралімпійські ігри. «Новий статус» отримують спортсмени, які ніколи не мали міжнародної визнаної класифікаційної оцінки і про яких немає відомостей у відповідних міжнародних організаціях.

Міжнародні спортивні федерації ведуть рейтинговий облік результатів спортсмена на кваліфікаційних та офіційних змаганнях і враховують їх при встановленні критеріїв відбору до Паралімпійських ігор та визначенні статусу спортсмена.

3-4 роки класи згідно з медичними обстеженнями, і змагатимуться між собою, як правило, тільки спортсмени одного класу.

Існують точні критерії підрахунку рейтингу спортсменів, а також їх селекції перед Паралімпійськими іграми та Чемпіонатами світу. У різних видах спорту існують системи визначення рейтингу спортсменів для відбору до Паралімпійських ігор. Так, для участі у Паралімпійських іграх у настільному тенісі була розроблена рейтингова система нарахування очок. Згідно з цією системою бали для рейтингу дають участь та результати особистих виступів спортсменів на змаганнях певного рангу. Спортсменові за участь у Паралімпійських іграх нараховується 100 балів, Чемпіонаті світу - 80, регіональних Чемпіонатах - 50; за участь в інших змаганнях 30-10. Очки, одержані за досягнення результату на змаганнях певного рангу, множать на коефіцієнт рангу змагань, і спортсменові нараховують «рейтингові очки».

У випадку об'єднання стартових груп і змагання між собою спортсменів різних класів, запроваджено ряд правил, за якими нараховують додаткові очки (бонус). Наприклад, якщо спортсмен нижчого класу виграє у спортсмена вищого класу, то він отримує додаткові очки за різницю у класі. Якщо у змаганнях беруть участь 64 і більше спортсменів, то спортсменові нижчого рейтингового класу за програш в іграх за бронзову нагороду нараховують 10 балів. Спортсменові, який програв у чвертьфіналі, нараховують бонус у 5 балів. Бонус нараховується, якщо спортсмен мав мінімум одну перемогу. Бонус за медаль не нараховується, якщо у змаганнях брало участь менше 4 спортсменів.

У відкритих змаганнях спортсменів на візках за кожну перемогу нараховують 3 очки, бонус за перше місце - 30, за друге - 20, за третє



- 10 очок. Так, спортсмен, який виступав на Чемпіонаті світу під егідою Міжнародного паролімпійського комітету і посів перше місце, може заробити до 180 очок.

Спеціальними правилами передбачено не лише підвищення рейтингу, але й зниження рейтингу. Наприклад, рейтинг спортсмена не змінюється протягом 2 років після не брав участі у змаганнях, то його рейтингові бали знижуються на 25%, а потім анулюються до ігор або Чемпіонатів світу. Така сама система зниження рейтингу існує при проведенні регіональних змагань. Якщо спортсмен не набрав нових рейтингових балів протягом 30 місяців, то його виключають з рейтингового списку і він втрачає всі набрані бали. У різних регіонах світу діє диференційована система нарахування балів.

Таким чином, на основі рейтингу спортсменів розробляються критерії їх відбору до Паралімпійських ігор. Наприклад, до XI Паралімпійських ігор (Сідней, 2000 р.) 30% спортсменів були відібрані за результатами чотирьох регіональних Чемпіонатів; 60%-65% (в залежності від класу) - згідно із світовим рейтингом; 5-10% були спеціально запрошені («Білі картки») за умови наявно класифікаційних карток.

На Паралімпійських іграх працює Класифікаційний Координаційний центр, який відповідає за нагляд за процесом класифікації, а також керує розкладом розгляду протестів. Протести або апеляції до Арбітражної Комісії з Класифікації. Протести подаються згідно з Положеннями про Правила та Класифікацію, що розроблені різними міжнародними федераціями. Протести у письмовій формі можуть подавати Шеф місії або його повноважний представник чи представники від різних видів спорту (керівник команди або тренер). Терміни подачі протестів у різних видах спорту суттєво відрізняються. Наприклад, згідно правил з паверліфтингу протест треба заявити відразу після підходу. Згідно з правилами та положеннями про настільний теніс для інвалідів з пошкодженнями опорно-рухового апарату, всі протести та апеляції приймаються протягом 30 хвилин. Якщо порушення було виявлено до початку змагань, то його і слід подавати до початку змагань, а не чекати результатів змагань. Згідно з положеннями Всесвітньої організації волейболу інвалідів, протести та апеляції слід заявити протягом 60 хвилин після закінчення матчу. Згідно з правилами з футболу серед спортсменів з церебральним паралічем, протест приймається протягом двох годин після закінчення гри. Якщо рефері відхиляє

протест, керівник команди може звернутися до Апеляційного, директор змагань, обраний представник команди, а також може увійти представник відповідної Федерації. Рішення Журі є остаточним. Разом з протестом подається грошовий внесок, який повертається лише за умови задоволення протесту.

Програма видів спорту для наступних Паралімпійських ігор визначається Міжнародним паралімпійським комітетом під час останніх Паралімпійських ігор, на них можуть демонструватися нові види спорту, проводитися показові виступи тощо. Міжнародні спортивні федерації разом з асоціаціями розробляють нові спортивні правила за видами спорту для інвалідів різних нозологічних груп. Змагання з паралімпійських видів спорту проводять згідно з Положеннями або Правилами для цих видів спорту та умов Договору про співпрацю між Організаційним комітетом Паралімпійських ігор та проведення змагань. Організаційний комітет Паралімпійських ігор заздалегідь інформує всі Національні паралімпійські комітети про програми, регламент та місця змагань, порядок класифікаційного догляду, допінгового контролю, жеребкування, квоти та правила змагань з окремих видів спорту, форму та інвентар, функціональні класи та кваліфікаційні стандарти. Так, Національні паралімпійські комітети до Паралімпійських ігор у Сідней заздалегідь знали, яким буде розподіл спортсменів-інвалідів за видами спорту з урахуванням класифікації спортсменів. Наприклад, футбол - 8 команд, по 4 команди у двох групах, класи CP-5 - CP-8; стрільба з лука - максимальна кількість чоловіків-учасників (у класі ARW1-12, ARW2-22, ARST-24), максимальна кількість жінок-учасниць кожного класу (ARW1/ARW2 - 12, ARST - 12, білі картки - до 8); волейбол (сидячі) - 12 команд по 6 команд у двох групах; дзюдо - 84 спортсмени тощо.

Відповідно до Медичного та Антидопінгового Кодексу Міжнародного паралімпійського комітету, на Паралімпійських іграх проводиться допінговий контроль.

Контроль на допінг проводить Організаційний комітет Паралімпійських ігор та медична комісія Міжнародного паралімпійського комітету спільно із комітетом з відповідного виду спорту. Допінговий контроль можуть проводити з дня офіційного відкриття Паралімпійського селища.

На всіх етапах підготовки підрозділи Міжнародного паралімпійського комітету, Організаційний комітет Паралімпійських ігор ведуть підготовчу роботу з Національними паралімпійськими

комітетами, а також з усіма міжнародними спортивними федераціями інвалідів, що вони входять до Міжнародного паралімпійського комітету. Під час підготовки до Паралімпійських ігор Міжнародний паралімпійський комітет у своїй роботі тісно співпрацює з Міжнародним олімпійським комітетом та Організаційним комітетом Олімпійських ігор.

### **14.3. Схеми проведення змагань**

Заклади, що проводять спортивні заходи за участю інвалідів мають забезпечити для них максимум зручностей.

Для зустрічі та відправки спортсменів-інвалідів слід виділяти транспорт з урахуванням особливостей нозології та індивідуальних особливостей стану спортсменів.

Усі перепони та сходи мають бути обладнаними пандусами з обмежниками доріжок.

Роздягальні та душові мають бути обладнаними додатковими перилами. Місця проживання спортсменів доцільно організовувати недалеко від спортивних споруд. Для готелів, де мають бути розташовані спортсмени-інваліди, обов'язково є наявність ліфтів із широкими дверима або виділення помешкань на першому поверсі з проживанням по 2-3 особи, в т.ч. супровід.

Харчування спортсменів має організовуватись в комфортних приміщеннях з обов'язковою роботою обслуговуючого персоналу. Добровільними помічниками-волонтерами можуть стати студенти медичних, спортивних та педагогічних інститутів, курсанти військових училищ, слухачі семінарій тощо.

Для створення оптимального психологічного клімату змагань дуже важливо, щоб медична класифікація спортсменів відбувалася з максимально об'єктивною оцінкою. У склад медичної комісії входять, як правило, фахівці спортивної медицини, хірург, невропатолог тощо.

До роботи у суддівських бригадах залучаються досвідчені, кваліфіковані судді, бо дуже високою є вартість суддівської помилки.

Необхідно забезпечити спілкування спортсменів з максимальною кількістю здорових людей, проводити різноманітні додаткові заходи.

#### 14.4. Умови визначення переможця неофіційного командного заліку

Метою вирішення завдань спортивної підготовки, зокрема завдань корекційно-реабілітаційної програми, можуть бути проведені нетрадиційні змагання

У незвичних «видів спорту». Для цього розроблено декілька специфічних тренажерних пристроїв, що дозволяють проводити змагання невеликих груп інвалідів:

- Комбінований пристрій для силових вправ. Складається з металевого каркасу, що насувається на ліжку. Інша конструкція передбачає використання інвалідного візка та в'їзд на робочий майданчик тренажера. Використовується для змагальних вправ зі штангою ( вага, темп), з коромислом (темп) тощо.

- Марафон. Екранний пристрій, що має групу світлових об'єктів (за кількістю спортсменів), що рухаються збирачем імпульсів від тренажерних пристроїв з «педальним», «важільним» чи іншим навантаженням, на яких власне і змагаються інваліди.

- Крокоходи, що мають опорні бічні стійки із колесами для запобігання падінням, важіль гальмування та маневрування, одну чи дві педалі (в залежності від виду інвалідності).

Метання дротиків сприяє розвитку координації рухів на основі тонких диференціювань кінестезичних відчуттів у сліпих. Для проведення тренувань та змагань у цій спортивній дисципліні потрібно таке обладнання: озвучена мішень, набір дротиків, стілець. Пінопластову мішень зроблено за принципом стрілецької мішені діаметром 1 м з радіусом кожного кільця зони поразки 5 см. Влучення у центр мішені приносить гравцю максимальні 50 очок. При кожному віддаленні зони поразки від центру, кількість отриманих гравцем очок зменшується на 5, в результаті чого попадання в крайню від центру зону поразки приносить гравцеві найменші 5 очок. Центр мішені озвучено дзвінком, сигнал від якого подається суддею тільки перед першим кидком в якості додаткового орієнтиру для визначення місцеположення мішені відносно гравця. З цією ж метою спинка стільця, якої гравець в положенні «сидячи» торкається спинно мішені. На стадії навчання після серії кидків рекомендується підводити гравця до мішені для тактильного уточнення координат попадання дротиків. На основі тактильного сприйняття положення дротика відносно центру мішені гравець

отримує можливість співставлення своїх кінестезичних відчуттів в момент кидка з реально отриманими результатами, що сприяє більш швидкому і повноцінному накопиченню рухового фонду гравця.

## 15. ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАЛІМПІЙСЬКИХ ВИДІВ СПОРТУ



### 15.1. Особливості змагальної діяльності з видів спорту паралімпійської програми

Нині у Паралімпійських іграх відбуваються змагання з баскетболу, бочі, велоспорту, вітрильного спорту, волейболу, голболу, дзюдо, кінного спорту, легкої атлетики, настільного тенісу, паверліфтингу, плавання, стрільби з лука, стрільби кульової, регбі, тенісу на візках, фехтування, футболу та міні-футболу (з 2004 р.). У зимових Паралімпійських іграх відбуваються змагання з біатлону, гірськолижного спорту, лижних гонок, хокею та керлінгу (з 2006 р.). До програми Паралімпійських ігор можуть бути включені тільки види спорту, що культивуються не менш, ніж у десяти країнах чотирьох континентів, а до програми зимових Паралімпійських ігор - тільки види спорту, що культивуються не менш, ніж у восьми країнах двох континентів. Повинні існувати міжнародні та національні організації з цього виду спорту, визнані МПК, національні Чемпіонати повинні проводитися принаймні щодвароки.

## **15.2. Відмінності правил змагань та особливості видів спорту Олімпійської та Паралімпійської програм**

### **ЛІТНІ ВИДИ СПОРТУ**

#### **Баскетбол**

У змаганнях з баскетболу беруть участь спортсмени на візках, а у іграх 1996 та 2000 рр. у змаганнях з баскетболу брали участь і спортсмени з порушеннями інтелекту. Баскетбол на візках вважається одним з найбільш видовищних паралімпійських змагань. Висота кошика і розміри майданчику є аналогічними правилам Міжнародної Федерації Баскетболу (FIBA).

Хоча баскетбол на візках має багато спільного з традиційним баскетболом, його характеризує власний стиль гри, унікальні прийоми ведення м'яча тощо. До паралімпійської програми баскетбол входить з 1960 р.

#### **Бочі**

У змаганнях з бочі беруть участь спортсмени з церебральним паралічем, які виступають на візках.

Цей вид спорту має італійське походження, інколи бочі називають «італійські кеглі». На довгому, вузькому ігровому полі необхідно кинути шкіряні м'ячики якнайближче до білого м'ячика - мішені. Чоловіки і жінки змагаються разом. Бочі є унікальним видом програми Паралімпійських ігор, і входить до неї з 1984 р.

#### **Велоспорт**

У змаганнях з велоспорту беруть участь спортсмени з ампутаціями, церебральним паралічем і вадами зору.

Спортсмени з вадами зору (незалежно від класу) виступають у тандемі з лідером, який бачить.

Проводяться змагання на треку і на шосе. Цей вид спорту є одним з новітніх в історії паралімпізму. На початку восьмидесятих років ХХ ст. вперше відбулися змагання, у яких взяли участь спортсмени з порушеннями зору. Однак, вже у 1984 р. на міжнародних іграх інвалідів змагалися також спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату.

Спортсмени використовують як стандартні гоночні велосипеди, так і спеціально підготовлені велосипеди, тандеми, а у деяких класах триколісні велосипеди. До паралімпійської програми велоспорт входить з 1984 р.

## **Вітрильний спорт**

У змаганнях з вітрильного спорту беруть участь спортсмени усіх паралімпійських нозологій.

Функціональна класифікація ґрунтується на п'яти чинниках - спроможність до маніпулятивних дій, збереження рівноваги та маневрування, ступінь зору та слуху. Змагання проводяться в індивідуальному розряді та серед екіпажів з трьох спортсменів. Спортсмени змагаються на яхтах, що мають киль, і, як наслідок, більш стійкі. У 1996 р. проводилися показові змагання, у 2000 р. вітрильний спорт офіційно включений до програми змагань.

## **Волейбол**

У змаганнях з волейболу виступають спортсмени з вадами опорно-рухового апарату. Змагання проводяться стоячи і сидячи. На XII Паралімпійських іграх у Атенах (2004 р.) змагання були проведені лише з волейболу сидячи.

Сидячі спортсмени грають на полі меншого розміру (10 x 6 м) із нижче встановленою сіткою (для чоловічих команд - 1 м 15 см, для жіночих - 1 м 05 см.). Гравцям не дозволяється одягати спеціально зроблені товсті штани. Місця гравців на майданчику визначаються за місцезнаходженням сидниць. Під час гри гравець повинен мати постійний контакт з ігровим майданчиком. При виконанні захисних дій на задній лінії або у вільній зоні, та при виконанні захисних дій на передній лінії, окрім виконання блокування, дозволяється короткочасна втрата контакту з ігровим майданчиком. У паралімпійській програмі волейбол з'явився у 1976 р.

## **Голбол**

У змаганнях з голболу беруть участь спортсмени з вадами зору. Цей вид спорту є унікальним для програми Паралімпійських ігор, і одним з найпопулярніших у світі видів спорту для сліпих.

Голбол був створений у 1946 р. Г.Лоренценом та С.Райнле з метою реабілітації сліпих ветеранів війни. В голбольному матчі беруть участь дві команди по три спортсмена з вадами зору. Спортсмени із залишковим зором повинні використовувати спеціальні непрозорі окуляри для забезпечення рівних умов змагань.

Гра проводиться в закритому приміщенні на майданчику 18×9 метрів, поділеному центральною лінією навпіл. На двох кінцевих лініях розташовані ворота на всю ширину майданчика, тобто 9 метрів.

Мета гри - закотити м'яч за лінію воріт суперника, при умові його протидії. Голбольний м'яч містить спеціальні вмонтовані дзвіночки, на майданчику розташовуються рельєфні лінії, а сама гра проводиться за допомогою голосових сигналів та свистків суддів - ці заходи покращують орієнтування гравців на майданчику під час гри.

Вперше ця гра була представлена на Паралімпійських іграх у 1972 р., а у 1976 р. стала видом паралімпійської програми.

### **Дзюдо**

У змаганнях з дзюдо беруть участь спортсмени з вадами зору.

Змагання проводяться у відповідності із традиційними правилами дзюдо, із мінімальними змінами - відмінною текстурою меж татамі.

За видовищністю та напруженістю боротьби паралімпійські змагання з дзюдо не поступаються змаганням здорових спортсменів. До паралімпійської програми дзюдо входить з 1988 р.

### **Кінний спорт**

В змаганнях з кінного спорту беруть участь спортсмени усіх паралімпійських нозологічних груп у чотирьох функціональних класах.

Спортсмени змагаються тільки у виїзді. У паралімпійській програмі кінний спорт одноразово з'явився у 1984 р. і повернувся у 2000 р.

### **Легка атлетика**

В змаганнях з легкої атлетики беруть участь спортсмени усіх паралімпійських нозологічних груп, спортсмени з порушеннями інтелекту брали участь у змаганнях з легкої атлетики на іграх 1996 та 2000 рр.

У легкій атлетиці виступає більше спортсменів, ніж у будь-якому іншому виді спорту. Легкоатлетичні дисципліни включають біг та перегони на візках на різні дистанції (100м, 200м, 400м, 800м, 1500м, 3000м, 10000м, естафети 4x100м, 4x400м тощо), метання диска, штовхання ядра, метання списа, стрибки в довжину, стрибки у висоту, потрійний стрибок, п'ятиборство, марафон.

Атлети змагаються відповідно до їхніх функціональних класифікацій. Спортсмени з вадами зору у бігових дисциплінах змагаються з лідером-провідником (гайдом). До паралімпійської програми легка атлетика входить з 1960 р.

### **Настільний теніс**

У змаганнях з настільного тенісу беруть участь спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату, спортсмени з



порушеннями інтелекту брали участь у іграх 1996 та 2000 рр. Проводяться змагання особисті і командні змагання для спортсменів на візках і для стоячих спортсменів у 10 функціональних групах. Паралімпійські змагання з настільного тенісу регулюються правилами Міжнародної Федерації настільного тенісу з невеликими змінами. Незважаючи на моторні обмеження, спортсмени широко використовують загальноприйняті прийоми та тактику гри. До паралімпійської програми настільний теніс входить з 1960 р.

### **Пауерліфтинг**

У змаганнях з пауерліфтингу беруть участь спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату. Змагання відбуваються лише у жимі лежачи, спортсмени змагаються у 10 вагових категоріях.

Пауерліфтинг культивується понад ніж у 100 країнах на п'яти континентів. Жінки з 48 країн світу вперше взяли участь у цих змаганнях у 2000 р. на XI Паралімпійських іграх у Сіднеї. До паралімпійської програми пауерліфтинг входить з 1964 р.

### **Плавання**

У змаганнях з плавання беруть участь спортсмени усіх паралімпійських нозологічних груп, спортсмени з порушеннями інтелекту брали участь у змаганнях з плавання на іграх 1996 та 2000 рр.

Паралімпійське плавання походить з традицій фізіотерапії і реабілітації інвалідів, де його ефект неперевершений. Нині змагання з плавання є одним із найцікавіших і популярних подій Паралімпійських ігор. Єдиною умовою є заборона застосування протезів і допоміжних пристроїв.

До паралімпійської програми плавання входить з 1960 р.

### **Стрільба з лука**

Стрільба з лука є найстарішим видом спорту для спортсменів з пошкодженнями опорно-рухового апарату. Як відомо, саме стрільбою з лука у 1948 р. розпочалися Міжнародні ігри спортсменів на візках. У змаганнях зі стрільби з лука нині беруть участь спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату, проводяться особисті і командні змагання для спортсменів на візках і стоячих спортсменів. У 1992 р. паралімпієць - стрілець з лука Антоніо Реболло запалив і Олімпійський, і Паралімпійський вогонь у Барселоні. До паралімпійської програми стрільба з лука входить з 1960 р.

## **Стрільба кульова**

В змаганнях з кульової стрільби беруть участь спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарата. Учасники виступають у класах для спортсменів на візках і для стоячих спортсменів.

Чоловіки і жінки змагаються у стрільбі з гвинтівки і пістолета. У паралімпійській програмі кульова стрільба з'явилася у 1972 р.

## **Регбі**

У змаганнях з регбі беруть участь спортсмени з квадраплегією (тому регбі інколи називають «quad rugby»). Регбі є унікальним видом програми Паралімпійських ігор.

Цей вид спорту для спортсменів на візках був запроваджений у 70-х роках ХХ ст., і вважається одним із видів інваспорту, що розвивається найбільш швидко.

Змагання проводяться на баскетбольному майданчику. Команди складаються з 4 гравців. Класифікація гравців ґрунтується на їхніх фізичних можливостях, виходячи з яких, кожному привласнюється визначена кількість балів від 0,5 до 3,5. Сумарна кількість балів команди не повинна перевищувати 8,0. У грі використовується волейбольний м'яч, який не можна затримувати понад 10 секунд. Показові паралімпійські змагання з регбі проводилися у 1996 р., у 2000 р. розігрувався повний комплект медалей.

## **Теніс на візках**

Змаганнях з тенісу беруть участь спортсмени на візках, які у звичайних умовах мали б обмеження у пересуваннях. Спортсмени виступають у чоловічих, жіночих, одиночних і парних змаганнях.

Єдиною відмінністю від традиційного тенісу є те, що м'яч може двічі вдаритися об поверхню корту перед відбиванням. У 1988 р. у Сеулі проводилися показові змагання з тенісу, а з 1992 року розігруються комплекти медалей в індивідуальних та парних змаганнях.

## **Фехтування**

У змаганнях з фехтування беруть участь спортсмени, які виступають на візках.

Візки прикріплюються до підлоги пристроєм, що не обмежує свободу рухів верхньої частині тіла спортсмена - рук, голови та тулуба, і дії спортсменів майже такі ж стрімкі, як і на звичайних змаганнях з фехтування. Ідея фехтування на візках висловлена сером Людвігом Гуттманном у 1953 р. Проводяться особисті і командні

змагання на рапірах, шпагах і шаблях. До паролімпійської програми фехтування входить з 1960 р.

### **Футбол**

У змаганнях з футболу беруть участь спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату (команди у складі 7 гравців) та вадами зору (з 2004 р., команди у складі 5 гравців, міні-футбол) у окремих групах. Змагання проводяться за правилами FIFA із певними змінами. Наприклад, розміри ігрового поля (75x55м) менші ніж у традиційному футболі, в якості пенальті виконується 9,2-метровий удар.

Крім того, не застосовується поняття «положення грою», вкидання може бути зроблено одною рукою (при цьому м'яч, перш ніж ним оволодіє будь-хто з гравців, повинен торкнутися поверхні поля). До паролімпійської програми футбол входить з 1984 р.

## **ЗИМОВІ ВИДИ СПОРТУ**

### **Біатлон**

Біатлоні чоловіки та жінки проїжджають три кола по 2,5 км, двічі зупиняючись на полі стрільбища, на якому розташовані 5 мішеней.

Змаганнях з біатлону спортсмени не носять з собою зброю, гвинтівки знаходяться на місці стрільбища. Спортсмени з вадами зору виступають разом з лідером та стріляють зі спеціальної гвинтівки лазерним променем на звукову мішень, орієнтуючись по тональності звуку.

### **Гірськолижний спорт**

Змагання серед чоловіків та жінок відбуваються у швидкісному спуску, слаломі, слаломі-гіганті і супергіганті.

Спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату використовують боби або монолижі, спортсмени з вадами зору виступають з лідером - спортсменом, який рухається на дистанції попереду спортсмена і координує та направляє його рух голосом.

Це надзвичайно складні паролімпійські дисципліни, швидкість спортсмена сягає 90 км/год.

### **Лижні гонки**

Учасники змагаються на дистанціях від 2,5 км до 20 км класичним або вільним стилем в індивідуальному заліку та естафетах. В усіх індивідуальних гонках спортсмени стартують з інтервалом у півхвилини, тоді як в естафетах стартують разом. Залежно від

функціональних обмежень, спортсмени використовують або звичайні лижі, або боби.

Спортсмени з вадами зору виступають з лідером - спортсменом, який рухається на дистанції попереду спортсмена і координує та направляє його рух голосом.

### **Хокей**

Хокей сидячи - це змагання мужніх і сильних спортсменів з пошкодженнями опорно-рухового апарату.

Хокейне поле та ворота відповідають олімпійським стандартам. Як і у традиційному хокеї, кожна команда складається з 5 гравців та голкіпера. Матч складається з трьох 15-хвилинних періодів. Спортсмени змагаються, сидячи на спеціальних металевих платформах (бобах), розміщених на двох ковзанах стандартного розміру. Боби розміщені досить високо, дозволяючи шайбі пройти попід низом. Спортсмени користуються двома ключками по 91,44 см з вістрями на одному кінці, що необхідне для проштовхування бобів вперед по льоду. Спортсмени спеціально фіксуються у бобах ремінцями.

### **Керлінг**

Міжнародний паролімпійський комітет прийняв рішення про включення керлінгу до програми зимових Паралімпійських ігор у Турині (2006). На Паралімпійських іграх у Солт-Лейк-Сіті для Виконавчого комітету Міжнародного паролімпійського комітету було проведено презентацію керлінгу на візках.

Керлінг - командний вид спорту. Зміст гри, що за думкою журналу «Паралімпік-експрес» дещо схожа на бочі, досить простий. Гравці рухають камінь” по льоду, прагнучи помістити його якнайближче до центра кола, складеного з кілець. У 1998 році керлінг одержав статус олімпійського виду спорту на зимових Олімпійських іграх у Нагано.

## 16. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПАРАЛІМПІЙСЬКІ КЛАСИФІКАЦІЇ



### 16.1. Значення класифікацій спортсменів у Паралімпійському спорті

В паралімпійському спорті класифікація спортсменів на групи для участі у змаганнях має великий гуманістичний, морально-етичний та спортивний сенс.

Метою процесу класифікації є створення об'єктивного відправного пункту змагань. Для всіх нозологій і видів спорту класифікація здійснюється у відповідності до «принципу рівності», що забезпечує усім спортсменам-інвалідам рівні можливості для досягнення високого спортивного результату та максимальної реалізації власних можливостей. Класифікація передбачає розподіл спортсменів за типом захворювання чи за функціональними можливостями. Розрізняють загальну - за нозологією (вади зору, церебральний параліч, ампутації, пошкодження спинного мозку, інші пошкодження опорно-рухового апарату тощо), відповідно до критеріїв Міжнародних організацій інваспорту, та функціональні - за специфікою виду спорту.

У класифікації спортсменів, що відбуваються з використанням комбінації медичних та функціональних критеріїв.

## **16.2. Функціональні паралімпійські класифікації принципи функціональних класифікацій**

### *Загальні паралімпійські класифікації*

До сучасних загальних Паралімпійських класифікаційних груп належать спортсмени з вадами зору (3 класи); пошкодженнями спинного мозку (8 класів); ампутаціями (9 класів); церебральним паралічем (8 класів); з іншими («Les Autres») пошкодженнями опорно-рухового апарату (6 класів). Спортсмени, які не мають можливості ходити, в подальшому об'єднуються в стартові групи на візках відповідно до рівня рухових можливостей.

Функціональні Паралімпійські класифікації ґрунтуються та відбуваються за такими принципами:

- Розподіл на функціональні класи та класифікаційні норми є спортивними правилами. Прийняті спортивною Асамблеєю поправки до класифікаційних норм застосовуються як технічні правила.

- Розподіл на функціональні класи у кожному виді спорту визначається класифікаційною системою, що базується на функціональних спроможностях атлетів до виконання основних завдань у спортивній діяльності. Функціональні спроможності спортсменів враховуються незалежно від рівня їх умінь або тренуваності.

- Номер класу у видах спорту визначається відповідно до специфічних вимог та можливих функціональних спроможностей атлетів.

- Номер класу спортсменів підлягає постійному перегляду, з огляду на можливі функціональні зміни.

- Класифікаційні норми є правилами для технічного персоналу, залученому до акредитації та визначення функціональних спроможностей спортсменів.

- Класифікаційні норми повинні відповідати кодексу етики Міжнародного паралімпійського комітету.

На сучасних Літніх Паралімпійських іграх змагаються спортсмени з ампутаціями та іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату (ISOD), з церебральним паралічем (CP-ISRA), з порушенням зору (IBSA) та спортсмени на візках (ISMWF).

У кожній групі спортсмени розподілені за класами у відповідності до їх функціональних можливостей, а не категорій інвалідності. Така функціональна класифікація базується, перш за все, на тих можливостях спортсмена, які дозволяють йому чи їй

змагатись у певній спортивній дисципліні, а потім вже на медичних показниках. Це означає, що спортсмени, які належать до різних нозологічних груп (наприклад, спортсмен з церебральним паралічем та спортсмен зі спинномозковою травмою) можуть опинитися в одному функціональному класі в такій дисципліні, як плавання вільним стилем на 100 м, тому що в них подібні функціональні можливості.

З метою проведення функціональних класифікацій, загальні класифікації спортсменів можуть дещо трансформуватися. Так, одним з критеріїв розподілу на групи спортсменів з церебральним паралічем стає участь у змаганнях на візках або стоячи. Спортсмени класів CP1(CP2)-CP4 на змаганнях використовують візки (за винятком плавання).

- CP1 - спортсмен з обмеженими рухами та слабкою функціональною силою рук, ніг та тулуба. Спортсмен використовує візки з електроприводом чи сторонню допомогу при пересуванні. Він не в змозі обертати колеса крісла-візка.

- CP2 - спортсмен зі слабкою функціональною силою рук, ніг та тулуба. Він може самостійно обертати колеса крісла-візка. Спортсмен змагається, сидячи у візку.

- CP3 - спортсмен демонструє здібності до рухів тіла при пересуванні на візку, однак нахили тіла вперед при цьому обмежені.

- CP4 - спортсмен демонструє хорошу функціональну силу з мінімальними обмеженнями або проблемами контролю в руках та тулубі. Спортсмен демонструє слабку рівновагу.

- Спортсмени класів CP5-CP8, які на змаганнях не використовують візки.

- CP5 - у спортсмена нормальна статична рівновага, але є проблеми з динамічною рівновагою. Спортсмен потребує пристрою для ходьби, яке є необов'язковим при положенні стоячи чи під час рухів метання (метальні дисципліни в легкій атлетиці). У спортсмена можуть бути достатні рухові можливості для бігу по легкоатлетичній доріжці.

- CP6 - у спортсмена немає здатності зберігати нерухоме положення; він демонструє мимовільні циклічні рухи і, як правило, в нього уражені всі кінцівки. Спортсмен може ходити без сторонньої допомоги. Зазвичай, спортсмен має проблеми контролю над руками, а ноги функціонують краще, ніж у спортсмена класу CP5, особливо у бігу.

- CP7 - у спортсмена мимовільні м'язові спазми з одного боку тіла. У нього хороші функціональні можливості в домінуючій частині тіла. Він може ходити без сторонньої допомоги, але часто кульгає на одну ногу з причини мимовільних м'язових спазмів. У бігу кульгавість може зникнути майже повністю. Його сильний бік тіла краще розвинутий і добре виконує рухи при ходьбі та бігу. Кисть та рука уражені з одного боку тіла, в той самий час з іншого боку тіла демонструється хороша рухливість руки.

- CP8 - у спортсмена мінімальні мимовільні спазми в одній з рук, ніг чи половині тіла. Щоб змагатись у цьому класі, спортсмен повинен мати діагноз церебральний параліч чи інше ураження головного мозку, що не прогресує.

Клас, до якого зараховується спортсмен, може з часом змінюватись залежно від динаміки його функціонального стану. Тому спортсмен протягом своєї спортивної кар'єри проходить через процес визначення класу не один раз. У кожного спортсмена, який прибув на Паралімпійські ігри, перевіряють класифікаційні документи, і тих спортсменів, які потребують додаткової класифікації, запрошують на комісію, де міжнародні спеціалісти підтверджують його клас, або присвоюють новий. Для уникнення накопичення великої кількості спортсменів, які потребують класифікації з числа тих, які прибули на Паралімпійські ігри, міжнародні федерації спільно з Організаційним комітетом Паралімпійських ігор намагаються класифікувати максимальну кількість спортсменів до початку Паралімпійських ігор. Іноді, наприклад, у змаганнях з марафонського бігу, спортсмени, які належать до різних функціональних класів, змагались разом, але місця, що вони посіли, визначались відповідно до функціональних класів.

У сучасних зимових Паралімпійських іграх спортсмени розподіляються на стартові групи, позначені «LW» або «B» (від англ. «locomotion winter» - рух взимку та «blindness» - сліпота). Спортсменів розподіляють на групи таких, що змагаються стоячи, сидячи та з порушенням зору. В основу класифікації покладено особливості змагальної діяльності спортсменів відповідних нозологій.

Правила для класифікації спортсменів розробляються кожною з міжнародних спортивних організацій інвалідів, у співпраці з Міжнародними спортивними Паралімпійськими федераціями з видів спорту.



### 16.3. Загальні принципи формування команд та стартових груп у видах спорту

*Приклади функціональних паралімпійських класифікацій у літніх видах спорту*

#### **Баскетбол на візках**

Щоб брати участь у змаганнях з баскетболу на візках, спортсмен повинен мати постійне фізичне ураження нижніх кінцівок, яке не дозволяє йому бігати, стрибати та робити обертові рухи так, як це робить здоровий спортсмен. Спортсмен, який відповідає цим вимогам, класифікується як гравець, який відповідає класифікаційній системі Міжнародної федерації баскетболу на візках (IWBF).

Згідно з класифікацією кожному спортсменові присвоюють бали від 1,0 до 4,5 залежно від рівня розвитку фізичних функцій. Ці бали потім сумують та обчислюють командну суму, яка не повинна перевищувати 14 балів за п'ять гравців, які в певний момент гри знаходяться на спортивному майданчику. Така система гарантує, що будь-який спортсмен відповідно до ураження має своє місце в структурі команди.

В основі класифікації баскетболістів лежать їх можливості управляти тілом під час баскетбольних змагань, а не медичний діагноз.

- 1 бал - спортсмени, в яких нерухомі нижні кінцівки та мала рухомість тіла; рівновага при нахилах вперед та в сторони значно порушена, при порушенні рівноваги вони використовують руки, за допомогою яких повертаються у правильне положення; вони, як правило, падають при зіткненнях і управляють м'ячем лише однією рукою.

- 2 бали - спортсмени, в яких, як правило, нерухомі нижні кінцівки, але можуть частково управляти поворотами тіла в сторони чи обертами тулуба; в них обмежена стійкість при зіткненнях, часто спираються на руку, щоб зберігати вертикальне положення.

- 3 бали - спортсмени, в яких є певна рухомість в нижніх кінцівках, вони можуть управляти рухами тулуба вперед-донизу за напрямком до підлоги та у зворотному напрямку, також в певній мірі можуть контролювати обертові рухи тіла; вони не дуже добре управляють тілом при нахилах тулуба в сторони, однак є більш стійкими при зіткненнях та здатні управляти м'ячем обома руками.

- 4 бали - спортсмени можуть нормально управляти рухами тіла, однак, з причини обмежених функцій нижніх кінцівок, не можуть здійснювати повні нахили тулуба в сторони; зберігають стійкість при зіткненнях чи веденні м'яча, нормально виконують обертові рухи та рухи вперед.

- 4,5 бали - спортсмени з найменшим ураженням на спортивному майданчику, як правило, мають мінімальні порушення функцій нижніх кінцівок чи ампутацію однієї ноги нижче коліна; нормальна рухливість тулуба та стійкість при зіткненнях чи веденні м'яча.

У випадках, коли спортсмен в точності не відповідає вище наведеним категоріям класифікації, класифікатор може встановити для нього 0,5 бала вище чи нижче визначеного класу. Як наслідок, виходить, що спортсмен може мати 1,5; 2,5 чи 3,5 бали. В будь-якому випадку команда, яка знаходиться на ігровому майданчику, повинна в сумі мати не більше 14 балів.

### **Велоспорт**

- СУ - спортсмени класу В1, В2 та В3. Спортсмени змагаються разом у відкритому класі.

- LC1 - спортсмени, які мають мінімальне ураження ноги, інших уражень не мають. Крім вказаних спортсменів до класу входять ті, в кого ампутовано більше половини ступні, чи є різниця в довжині ніг 7-12 см.

- LC2 - спортсмени, в яких є ураження однієї ноги, але в стані працювати педалями за допомогою обох ніг (з або без протезів). До цього класу, окрім вказаних спортсменів, входять ті, в кого ампутація ноги вище чи нижче коліна або різниця в довжині ніг складає понад 12 см.

- LC3 - спортсмени, в яких ампутувана як мінімум одна нога, і вони можуть педалювати лише однією ногою. До класу включено спортсменів з втратою м'язової сили в обох ногах або з обмеженням рухомості колінного суглоба до величини менше 50 градусів. Спортсмени класу LC4 змагаються в цьому ж класі.

- LC4 - спортсмени мають ураження обох ніг (з порушеннями верхніх кінцівок або без порушень); до класу входять спортсмени з ампутацією обох ніг нижче коліна з обмеженим використанням протезів та зі зменшенням м'язової сили в обох ногах; спортсмени цього класу змагаються в класі LC3, тому що змагання в цьому класі не проводять.

- Дивізіон 2 - спортсмени класу CP 5/6 спільно (триколісний велосипед).
- Дивізіон 3 - спортсмени класу CP 5/6 спільно (двоколісний велосипед).
- Дивізіон 4 - спортсмени класу CP 7/8 спільно.

### **Волейбол сидячи**

У волейбол сидячи грають спортсмени з ампутаціями і ті, що належать до категорії інших пошкоджень опорно-рухового апарату. Кожна команда може мати на майданчику протягом усієї гри в своєму складі максимум одного спортсмена з мінімальними ураженнями; решта гравців повинні мати більш високий рівень пошкодження опорно-рухового апарату. Спортсмени у волейболі сидячи повинні відповідати мінімальним критеріям уражень.

Для «інших уражень опорно-рухового апарату» застосовується функціональна класифікаційна система, що може бути застосована до уражень рухового апарату незалежно від діагнозу. Ураження повинно бути постійним (стабільним або прогресуючим). При моторному парезі або повному паралічі нижніх кінцівок перевіряються м'язові функції стегна, коліна, гомілковостопного суглобу.

Використовується мануально-м'язове тестування. Існують критерії рухливості суглобів. У кульшовому суглобі - зменшення в згинанні 60% або анкілоз (нерухо-мість суглоба); у коліні - дефект випрямлення на 30% або анкілоз; анкілоз гомілковостопного суглобу; плеча - рука піднімається тільки на 135° або анкілоз; ліктя - дефект випрямлення на 45° або анкілоз; зап'ясток - анкілоз.

Розроблена також система допуску до змагань з волейболу сидячи для мінімальних уражень.

#### Спортсмени з ампутаціями:

- ампутація двох пальців на двох руках;
- ампутація семи та більше пальців на двох руках;
- ампутація однієї руки між п'ястно-фаланговим суглобом та зап'ястком;
- ампутація у гомілковостопному суглобі на одній нозі;
- ампутація у колінному суглобі на одній нозі.

#### Спортсмени з ураженнями верхніх кінцівок:

- відмінність довжини однієї кінцівки від іншої не менше, ніж на 33%;
- моторний парез чи повний параліч верхньої кінцівки;

- зменшення м'язової сили не менш, ніж на 14% за ММТ;
- не допускаються до змагань спортсмени із втратою м'язової сили у верхній кінцівці.

Спортсмени з ураженнями нижніх кінцівок:

- відмінність довжини однієї кінцівки від іншої не менше, ніж на 7%;
- моторний парез або повний параліч нижніх кінцівок;
- зменшення м'язової сили обох кінцівок не менше, ніж на 5 балів за ММТ;
- спортсмену не дозволяється брати участь в змаганнях при втраті п'яти балів на згинанні гомілковостопного, колінного, кульшового суглобів та приведення стегна.

Особливі випадки:

До змагань допускаються спортсмени з такими постійними ураженнями:

- дисплазія (вивих кульшового суглобу);
- важке ураження кровообігу нижніх кінцівок (кінцівки);
- повний протез коліна або стегна;
- вивих плечового суглобу;
- нестійкість коліна.

Перелік уражень цим не обмежується. Ураження повинно бути підтверджено рентгеноскопією або медичним звітом, що подаються уповноваженим класифікаторам до початку змагань.

**Голбол**

У цьому виді змагаються лише спортсмени класу В1, В2 та В3. Вони змагаються разом у відкритому класі. Під час змагань усім гравцям закривають очі темними окулярами для забезпечення рівних умов боротьби.

**Дзюдо**

У цьому виді змагаються лише спортсмени класу В1, В2 та В3. Вони змагаються разом, у відкритому класі. У програмі змагань із дзюдо на Паралімпійських іграх існують ті самі вагові категорії, що й у програмі змагань Олімпійських ігор.

**Кінний спорт**

Змагання у кінному спорті проводяться у виїзді. Спортсмени класифікуються за рівнями.

- Рівень 1 - спортсмени, переважно на візках, з поганою рівновагою тіла чи з обмеженими функціями рук та ніг; також у

цьому класі можуть бути спортсмени з поганою рівновагою тіла, але хорошою функцією рук.

- Рівень 2 - спортсмени, переважно на візках, або ті, які мають серйозні рухові порушення, включаючи порушення рівноваги тіла, або з хорошою чи слабко порушеною функцією рук.

- Рівень 3 - спортсмени, які пересуваються без підтримки; вони можуть мати одностороннє ураження руки та ноги або ж помірне ураження обох рук та обох ніг, або серйозне ураження руки. В цьому класі змагаються спортсмени класу B1.

- Рівень 4 - спортсмени, які мають ураження в одній чи обох кінцівках, або деякі порушення зору (класи B2 та B3).

### **Легка атлетика**

У сучасних Паралімпійських змаганнях з легкої атлетики беруть участь спортсмени усіх груп, за винятком порушень інтелекту - спортсмени з вадами зору, які репрезентовані Міжнародною спортивною асоціацією сліпих - IBSA; спортсмени з церебральним паралічем, які репрезентовані Міжнародною асоціацією спорту та рекреації осіб з церебральним паралічем - CP-ISRA; спортсмени з ампутаціями та іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату, які репрезентовані Міжнародною спортивною організацією інвалідів - ISOD; спортсмени зі спинномозковою травмою, які змагаються на візках та репрезентовані Міжнародною Сток-Мандвільською федерацією спорту на візках - ISMWF.

Літера «Т» означає змагання в бігових дисциплінах, літера «F» - означає змагання в метаннях та стрибках. Чим менше число, що вказує клас, тим вищий рівень ураження чи порушення функцій спортсмена.

Спортсмени зі спинномозковою травмою та наслідками поліомієліту, які змагаються на візках для змагань з легкої атлетики класифікуються на 8 класів.

**Класифікація спортсменів зі спинномозковою травмою та наслідками поліомієліту для змагань з легкої атлетики**

<b>Загальна класифікація</b>	<b>«Трекові» дисципліни</b>	<b>«Польові» дисципліни</b>
1A	T1	F1
1B	T2	F2
1C	T3	F3
2	T4	F4
3	T5	F5

4	T6	F6
5	T7	F7
6	T8	F8

Спортсмени з «іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату» для змагань з легкої атлетики можуть класифікуватися таким чином:

- LAT1 - спортсмени з нормальним функціонуванням верхніх кінцівок;
- LAT2 - спортсмени з нормальним функціонуванням верхніх кінцівок та тулубу, відсутністю функцій в обох нижніх кінцівках;
- LAT3 - спортсмени з нормальним функціонуванням верхніх кінцівок та однієї нижньої кінцівки, порушенням функцій на рівні одного кульшового суглобу, анкілоз;
- LAT4 - спортсмени з нормальним функціонуванням верхніх кінцівок, порушенням функцій обох нижніх кінцівок на рівні колінних суглобів або суттєвих порушень гомілковостопних суглобів;
- LAT5 - спортсмени з нормальним функціонуванням нижніх кінцівок, відсутністю функціонування або недостатнім функціонуванням верхніх кінцівок;
- LAT6 - спортсмени з нормальним функціонуванням нижніх кінцівок, відсутністю функціонування або недостатнім функціонуванням верхніх кінцівок;
- LAT7 - спортсмени з нормальним функціонуванням нижніх кінцівок, відсутністю або недостатнім функціонуванням однієї верхньої кінцівки (мінімальне ураження);
- LAT8 - поєднання порушень функцій верхніх та нижніх кінцівок;
- LAF 1 - спортсмени з важкими ураженнями чотирьох кінцівок;
- LAF 2 - спортсмени з важкими ураженнями трьох або чотирьох кінцівок, з меншими обмеженнями ніж у спортсменів класу L1;
- LAF3 - спортсмени з обмеженням функцій не менш, ніж у двох кінцівках;
- LAF4 - спортсмени з обмеженням функцій у двох або більше кінцівках, ці обмеження менші ніж у класі L3;

- LAF5 - спортсмени з обмеженням функцій не менш, ніж в одній кінцівці або аналогічні ураження;

- LAF6 - спортсмени з легкими ураженнями.

Загалом, стартові групи та класи легкоатлетичних змагань розподіляються таким чином:

- класи 11, 12, 13 охоплюють спортсменів з вадами зору;

- у класі 20 змагалися спортсмени з порушенням інтелекту, участь яких у Паралімпійських іграх призупинена;

- класи 32-38 - охоплюють спортсменів з церебральним паралічем;

- класи 42-46 - для спортсменів з ампутаціями та іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату;

- класи 51-58 - для спортсменів зі спинномозковою травмою тощо.

В цілому, приблизний узагальнений розподіл на функціональні стартові групи у легкоатлетичних змаганнях представлено у табл.25.

Стартові групи у бігових дисциплінах формуються таким чином:

- T11 - спортсмени класу B1;

- T12 - спортсмени класу B2;

- T13 - спортсмени класу B3;

- T32 - спортсмени класу CP2, однак в класі T32 окремі змагання не проводять, а спортсменів цього класу об'єднують зі спортсменами класу T33;

- T33 - спортсмени класу CP3, а також спортсмени класу T32 (CP2);

- T34 - спортсмени класу CP4;

- T35 - спортсмени класу CP5;

- T36 - спортсмени класу CP6;

- T37 - спортсмени класу CP7;

- T38 - спортсмени класу CP8;

- T42 - спортсмени з ампутацією однієї ноги вище коліна чи комбінованої ампутації руки та ноги;

- T43 - спортсмени з ампутацією обох ніг вище коліна чи з комбінованою ампутацією руки та ноги;

- T44 - спортсмени з ампутацією однієї ноги нижче коліна або спортсмени, які можуть ходити, але в яких є помірне обмеження функцій однієї чи обох ніг;

- T45 - спортсмени з ампутацією обох рук вище чи нижче ліктя;
- T46 - спортсмени з ампутацією однієї руки вище чи нижче ліктя або спортсмени,
  - які мають порушення в тулубі та (або) руках при нормальному функціонуванні ніг;
- T51 - спортсмени з помірною слабкістю в плечах, які можуть згинати руки в ліктях нормально, але мають обмежені можливості при їх розгинанні; можуть згинати зап'ястки назад, але не можуть згинати їх вперед; не можуть рухати пальцями; не функціонують тулуб або ноги;
- T52 - спортсмени, які мають хороші функції плеча, ліктя та зап'ястка, але рухи пальців обмежені; не функціонують тулуб або ноги;
- T53 - спортсмени, в яких нормально функціонують руки та передпліччя, але не функціонує чи частково не функціонує тулуб; не функціонують ноги;
- T54 - спортсмени, в яких нормально функціонують руки та передпліччя, функції тулуба можуть бути обмеженими чи нормальними, нога може частково функціонувати.

Класи в змаганнях у метаннях та стрибках:

- F11 - спортсмени класу B1;
- F12 - спортсмени класу B2;
- F13 - спортсмени класу B3;
- F32 - спортсмени класу CP2, однак, у класі F32 окремі змагання не проводять, а спортсмени цього класу об'єднуються зі спортсменами класу F51;
- F33 - спортсмени класу CP3;
- F34 - спортсмени класу CP4;
- F35 - спортсмени класу CP5;
- F36 - спортсмени класу CP6;
- F37 - спортсмени класу CP7;
- F38 - спортсмени класу CP8;
- F42 - спортсмени з ампутацією однієї чи обох ніг вище коліна та спортсмени з комбінованою ампутацією руки та ноги; цей клас може також включати спортсменів, які мають серйозні проблеми при ходьбі, такі як порушення функцій ноги в результаті поліомієліту;
- F43 - спортсмени з ампутацією обох ніг нижче коліна чи з комбінованою ампутацією руки та ноги; також спортсмени, які мають



нормальні функції руки, що метає, але обмежені функції ніг чи порушення рівноваги;

- F44 - спортсмени з ампутацією однієї ноги нижче коліна, також спортсмени, які мають нормальні функції руки, яка метає, але невеликі обмеження функції ніг чи легке порушення рівноваги;

- F45 - спортсмени, в яких ампутовано дві руки вище чи нижче ліктя;

- F46 - спортсмени, в яких ампутовано одну руку вище чи нижче ліктя; також спортсмени, які мають нормальні функції руки, що метає, та мінімальні порушення тулуба чи ніг або обмежені функції руки, що не метає;

- F51 - спортсмени з помірною слабкістю в плечах, які можуть згинати руки в ліктях нормально, але мають обмежені можливості при їх розгинанні; можуть згинати зап'ястки назад, але не можуть згинати їх вперед; не можуть рухати пальцями; не функціонують тулуб чи нога; в цьому класі змагаються також спортсмени класу 32 (CP2);

- F52 - спортсмени, в яких нормально функціонують плечі та лікті, зазвичай в них добре функціонують зап'ястки, але обмежені рухи пальців; не функціонують тулуб чи нога;

- F53 - спортсмени мають нормальні плечі, лікті, зап'ястки з легкими обмеженнями рухів кисті; не функціонує тулуб чи нога;

- F54 - у спортсменів нормально функціонують руки та передпліччя; не функціонує тулуб або нога;

- F55 - у спортсменів нормально функціонують руки та передпліччя; щодо тулуба, то вони можуть розтягувати хребет у напрямку вгору та робити обертові рухи; нога не функціонує;

- F56 - у спортсменів нормально функціонують руки та передпліччя, можуть розтягувати тулуб вгору і можуть в положенні сидячи повертати тулуб, згинатись вперед та назад; наявні деякі функції ноги;

- F57 - у спортсменів нормально функціонують руки та передпліччя, можуть рухати тулуб вгору, повертати його, нахилитись вперед, назад та в сторони; в них найбільш розвинуті функції ноги в порівнянні з попереднім класом F56;

- F58 - у спортсменів нормально функціонують руки та передпліччя, тулуб, функції ноги більш розвинуті в порівнянні з попереднім класом F57.

## **Пауерліфтинг**

У змаганнях з пауерліфтингу можуть брати участь разом спортсмени з ампутаціями та іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату, з церебральним паралічем, карлики та спортсмени на візках.

Щоб взяти участь у змаганнях з пауерліфтингу, спортсмени повинні відповідати певним мінімальним вимогам. Спортсмени з ампутацією та іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату повинні мати ампутацію як мінімум на рівні щиколотки або вище; легке обмеження функцій в ногах чи легке порушення рівноваги. Спортсмени з церебральним паралічем - мінімальне, але безперечне порушення функцій, наявність спастики та (або) мимовільних рухів в як мінімум одній кінцівці. Спортсмени на візках - мінімум 10% втрати функцій нижніх кінцівок. На додаток до цього, спортсмен повинен мати можливість повного розгинання рук, з обмеженням рухомості будь-якого ліктьового суглоба не більше, ніж на 20 градусів, демонструвати підйом штанги, що затверджений відповідно до Паралімпійських правил пауерліфтингу.

Розподіл на групи проходить відповідно до вагових категорій. Існують певні особливості класифікації вагових категорій спортсменів-пауерліфтерів. Так, вагові категорії для спортсменів з ампутаціями визначаються як сума маси тіла та умовної маси ампутованої кінцівки. До маси тіла додають:

- для кожної ампутації у ділянці гомілковостопного суглобу —  $\frac{1}{2}$  кг
- для кожної ампутації нижче коліна — 1 кг у вагових категоріях до 67,5 кг та  $1\frac{1}{2}$ 
  - кг у вагових категоріях понад 67,5 кг;
  - для кожної ампутації вище коліна —  $1\frac{1}{2}$  кг у вагових категоріях до 67,5 кг та 2
    - кг у вагових категоріях понад 67,5 кг;
    - для кожної ампутації у ділянці кульшового суглобу —  $2\frac{1}{2}$  кг у вагових категоріях до 67,5 кг та 3 кг у вагових категоріях понад 67,5 кг.

## **Плавання**

У плаванні комбінуються умови втрати кінцівок, церебрального паралічу (координації та обмеження рухливості), травм хребта (слабкість чи параліч, що впливають на кінцівки) та інші порушення (карлики). Усі позначення класів починаються з літери S.

- S1-S10 - спортсмени з фізичними ураженнями;
- S11-S13 - спортсмени з порушенням зору (B1, B2 та B3);
- S14 - спортсмени з порушенням інтелекту (участь у Паралімпійських іграх призупинена).

Позначення «S» стосується класів у вільному стилі, плаванні на спині та батерфляї. Позначення «SB» стосується класів у брасі. Позначення «SM» стосується класів в індивідуальному комбінованому плаванні.

Порядок визначення класів від максимального ураження (S1, SB1, SM1) до мінімального (S10, SB10, SM10).

В будь-якому класі залежно від стану спортсмена він може стартувати з тумбочки чи з води. Це враховується при класифікації спортсмена.

- S1, SB1, SM1 - спортсмени із суттєвими проблемами в координації в усіх кінцівках, або вони не використовують ноги, тулуб, руки і мінімально використовують плечі;

- S2, SB1, SM2 - спортсмени з тими самими ураженнями, що й в попередньому класі, але мають більше можливостей використовувати руки і ноги;

- S3, SB2, SM3 - спортсмени з непоганими можливостями рук, але не використовують ноги та тулуб; вони мають кращі можливості в порівнянні з попереднім класом;

- S4, SB3, SM4 - спортсмени з мінімальною слабкістю рук, які вони використовують в плаванні, але не використовують ноги та тулуб; в них проблеми з координацією, що впливає на всі кінцівки, але переважно на ноги; також цей клас для спортсменів, які втратили більшу частину в трьох кінцівках; вони мають кращі можливості в порівнянні з попереднім класом;

- S5, SB4, SM5 - спортсмени з повним використанням м'язів рук, але зовсім не використовують м'язи ніг та тулуба; є проблеми з координацією;

- S6, SB5, SM6 - спортсмени, які повністю використовують м'язи рук та можуть управляти рухами тулуба, але не використовують м'язи ніг; мають проблеми з координацією, хоч, зазвичай, вони можуть ходити; також це клас для карликів і тих спортсменів, у яких втрачена більша частина двох кінцівок;

- S7, SB6, SM7 - спортсмени, які повністю використовують руки і тулуб, але мають деякі проблеми у функції ніг; в них слабка одна сторона тіла; уражені дві кінцівки;
- S8, SB7, SM8 - спортсмени, які повністю використовують руки і тулуб, але мають деякі проблеми у функції ніг; спортсмени, які використовують тільки одну руку чи мають ураження кінцівки;
- S9, SB8, SM9 - спортсмени з суттєвою слабкістю однієї ноги, або з невеликими проблемами координації чи з проблемами в одній кінцівці; зазвичай ці спортсмени стартують з води;
- S10, SB9, SM10 - спортсмени з мінімальною слабкістю, що впливає на ноги, спортсмени з обмеженими рухами стегна, або ті, в яких дещо деформована стопа чи мінімально втрачені частини кінцівок; цей клас має найбільші фізичні можливості;
- S11, SB11, SM11 - спортсмени класу B1. Ці спортсмени не можуть бачити зовсім і вважаються тотально сліпими; вони повинні носити затемнені окуляри, і вони потребують допомоги (легке постукування) в той час, коли вони підпливають до бортика басейну;
- S12, SB12, SM12 - спортсмени класу B2;
- S13, SB13, SM13 - спортсмени класу B3;
- S14, SB14, SM14 - спортсмени з порушенням інтелекту (участь у Паралімпійських іграх призупинена).

### **Стрільба з лука**

Класифікаційна система у стрільбі з лука передбачає розподіл спортсменів на три класи:

- Стрільба з лука в положенні стоячи (ARST) - у спортсменів цього класу мінімально уражені руки та (або) ноги і вони демонструють деяку втрату м'язової сили, координації та (або) загальної рухливості.;
- Стрільба з лука у візках 1 (ARW1) - у спортсменів цього класу уражені руки та ноги. Вони мають ряд обмежень в рухливості, силі та контролі над тілом. Ноги вважають недієздатними внаслідок ампутації та (або) найпростіших обмежень у русі, силі та контролі. Вони змагаються, сидячи у візках;
- Стрільба з лука у візках 2 (ARW2) - у спортсменів цього класу паралізована нижня частина тіла, в тому числі й ноги. Вони змагаються, сидячи у візках.

## **Стрільба кульова**

У кульовій стрільбі можуть змагатися спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату (ампутанти та інші, з церебральним паралічем або травмою хребта), які відповідають мінімальним критеріям цих порушень.

Класифікаційна система в кульовій стрільбі на Паралімпійських іграх у Сідней (2000 р.) мала два основних класи:

- SH1 - спортсмени, яким не потрібна спеціальна підставка. Ці спортсмени змагаються у стрільбі з пістолета та гвинтівки.
- SH2 - спортсмени, яким необхідна спеціальна підставка через неможливість утримувати вагу за допомогою рук. Ці спортсмени змагаються у стрільбі з гвинтівки.

## **Теніс на візках**

Щоб змагатись у тенісі на візках, спортсмен повинен відповідати лише одній вимозі

-мати медичний діагноз, що підтверджує наявні обмеження в пересуванні, тобто у спортсмена повинна бути часткова або повна втрата функції однієї чи обох ніг.

Якщо в результаті цих функціональних обмежень спортсмен не може грати у звичайний теніс, не в змозі пересуватись по тенісному корту з адекватною швидкістю, то він допускається до змагань у тенісі на візках.

## **Теніс настільний**

Класифікаційна система у настільному тенісі складається з 10 функціональних класів для спортсменів з церебральним паралічем, ампутаціями, іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату та 1 класу для спортсменів з порушенням інтелекту (участь у Паралімпійських іграх призупинена).

- TT1 - спортсмени, в яких розгинання ліктя досягається за допомогою обертового руху від плеча; координація рухів ураженої руки значно гірша, ніж у здорової; у спортсменів з церебральним паралічем наявна суттєва м'язова спастика у всьому тілі, знижена швидкість рухів руки та порушена рівновага в положенні сидячи;

- TT2 - спортсмени, в яких лікоть розгинається достатньо і рухи руки добре скоординовані, але не вистачає сили; спортсмени з церебральним паралічем ті самі, що й в класі TT1, але рука, якою грають, нормальна;

- TT3 - спортсмени з мінімальною втратою функцій руки, якою грають, легкими змінами у положенні тіла, що його підтримують

вільною рукою, штовхаючи та притримуючи візок; нижня частина тулуба потребує постійного контакту зі спинкою крісла; рухи руки назад обмежені з причини порушення рівноваги тіла; у спортсменів з церебральним паралічем наявні мінімальні обмеження в управлінні обома руками та суттєва спастика м'язів обох ніг;

- ТТ4 - спортсмени з нормальними рухами руки та тіла; збільшити діапазон рухів тіла можна лише за допомогою вільної руки, штовхаючи і підтримуючи візок; при випрямленні руки вперед тіло не може оптимально нахилитись за рукою вперед; спортсмени з ампутацією обох ніг вище коліна з короткими куксами; спортсмени з церебральним паралічем - середня м'язова спастика і недостатньо точні рухи руки і тіла;

- ТТ5 - спортсмени, які можуть нахилитись вперед та назад без допомоги вільної руки, добре відштовхування стегнами чи навіть стопами; оптимальне управління візком з причини хорошого управління тілом у напрямку вперед-назад; можливі певні рухи тулубом в сторони; спортсмени з церебральним паралічем - спастика чи втрата точності рухів рук і тіла, деякі ураження ніг;

- ТТ6 - спортсмени, в яких наявне комбіноване ураження руки, якою грають, та ніг; спортсмени з церебральним паралічем - середня спастика і втрата точності рухів більше в ногах, ніж у руках, чи мимовільні рухи усього тіла;

- ТТ7 - спортсмени, в яких уражені обидві руки, ампутація руки, якою грають, або обох рук вище чи нижче ліктя або в комбінації;

- ТТ8 - спортсмени з серйозним ураженням однієї чи обох ніг; ампутація однієї ноги вище коліна чи обох ніг нижче коліна; спортсмени з церебральним паралічем - деяка втрата точності рухів і легка спастика в ногах або руках;

- ТТ9 - спортсмени, в яких нормальна динамічна рівновага; мінімальне ураження однієї чи обох рук або різниця у довжині ніг; ампутація однієї ноги нижче коліна; спортсмени з церебральним паралічем - легка втрата точності рухів в одній половині тіла;

- ТТ10 - спортсмени, в яких нормально функціонує рука, якою грають; мінімальні ураження вільної руки; ампутація вільної руки до 1/3 передпліччя; спортсмени з церебральним паралічем - мінімальні мимовільні рухи.

## **Футбол**

У змаганнях можуть брати участь лише спортсмени класів CP5, CP6, CP7 та CP8. На полі під час гри повинен бути гравець класу CP5 (CP6). Якщо такого гравця немає, то команда виступає у складі шести спортсменів замість семи. У Атенах-2004 у окремому класі змагалися спортсмени з вадами зору.

### *Приклади функціональних паралімпійських класифікацій у зимових видах спорту*

#### **Гірськолижний спорт**

Учасники змагань з гірськолижного спорту розподіляються на три категорії: спортсмени, які змагаються стоячи (LW1-9), спортсмени, які змагаються в положенні сидячи (LW10-12), та спортсмени з порушенням зору (B1-3). В свою чергу кожна категорія розподіляється на декілька класів відповідно до ступеню наявного порушення.

#### **Спортсмени, які змагаються стоячи (LW1-9)**

##### **Клас LW1**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражені обидві нижні кінцівки:

- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригери) чи дві лижні палиці та звичайні, але скріплені разом, лижі (на двох протезах вище коліна);
- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригера) чи дві лижні палиці та одну або дві звичайні лижі (ампутація однієї кінцівки вище коліна і протез на іншій кінцівці нижче коліна);
- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригера) чи дві лижні палиці та дві звичайні лижі (ураження обох нижніх кінцівок, що відрізняється від ампутації, наприклад, зменшення як мінімум на 45 балів в обох нижніх кінцівках чи еквівалентне ураження);
- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригера) чи дві лижні палиці та одну чи дві звичайні лижі (церебральний параліч з глибоким диплегічним ураженням обох ніг, клас CP5);
- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригера) чи дві лижні палиці та одну чи дві звичайні лижі (церебральний параліч з атетонічним чи атактичним руховим порушенням чотирьох кінцівок, клас CP6).

## **Клас LW2**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражені обидві кінцівки:

- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригера) та одну звичайну лижу (ампутація однієї нижньої кінцівки вище чи нижче коліна або зменшення сили мінімум на 30 м'язових балів в одній кінцівці чи еквівалентне ураження);

- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригера) та одну звичайну лижу плюс одну маленьку лижу (ураження нижньої кінцівки);

- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригера) та одну звичайну лижу плюс одну підтримку для ураженої нижньої кінцівки;

- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригера) та дві звичайні лижі (ампутація на рівні коліна чи вище коліна);

- Спортсмен використовує два стабілізатора (аутригера) та одну чи дві звичайні лижі (артроз коліна чи кульшового суглобу однієї ноги).

- Замість стабілізаторів (аутригерів) спортсмен може використовувати палиці.

## **Клас LW3**

До цього класу належать спортсмени, в яких менш важкі ураження обох нижніх кінцівок в порівнянні з класом LW1, і вони використовують дві звичайні лижі та дві палиці чи стабілізатори:

- Ампутація обох нижніх кінцівок нижче коліна;

- Ураження обох нижніх кінцівок із зниженою м'язовою силою від 20 до 44 балів чи еквівалентні ураження;

- CP5 - від середнього до легкого диплегічного ураження обох ніг;

- CP6 - з атетонічним чи атетичним ураженням обох ніг.

## **Клас LW4**

До цього класу належать спортсмени, в яких є ураження однієї нижньої кінцівки, і вони використовують дві звичайні лижі та дві палиці:

- Ампутація однієї нижньої кінцівки нижче коліна, використовується протез;

- Рухові парези чи паралічі з пониженою м'язовою силою з як мінімум 20 балів чи еквівалентним ураженням;

- Контрактура коліна;



- Контрактура кульшового суглоба (артрит).
- Контрактура гомілковостопних суглобів не належить до мінімальних уражень і не є приводом для віднесення до класу LW4.

#### **Клас LW5/LW7**

Класи LW5 та LW7 об'єднуються. До цього класу належать спортсмени, в яких уражені дві верхні кінцівки, і вони використовують дві звичайні лижі, але не можуть використовувати палиці через функціональні обмеження:

- Ампутація обох верхніх кінцівок;
- Парези, паралічі чи вади розвитку обох верхніх кінцівок.

Спортсменам за бажанням дозволяється застосовувати протези чи ортези.

#### **Клас LW 6/LW 8**

Класи LW6 та LW8 об'єднуються. До цього класу належать спортсмени, в яких уражена одна верхня кінцівка, вони використовують дві звичайні лижі та одну палицю, не можуть використовувати більше однієї палиці через функціональні обмеження:

- Ампутація однієї верхньої кінцівки;
- Парез, параліч чи порок розвитку однієї верхньої кінцівки.

Спортсменам за бажанням дозволяється застосовувати протези чи ортези.

#### **Клас LW9/1**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражені одна верхня та одна нижня кінцівки, вони застосовують лижі та палиці за власним бажанням:

- Суттєве ураження руки та ноги з одного боку;
- Суттєве ураження руки та ноги з протилежних боків;
- CP7 - спортсмени з важкою формою геміплегії з ураженням однієї руки та ноги з одного чи протилежних боків.

#### **Клас LW9/2**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражені одна верхня та одна нижня кінцівки, вони застосовують лижі та палиці за власним бажанням:

- Ураження руки та ноги з одного боку, що варіюється від середньої важкості до легкої;
- Ураження руки та ноги з протилежних боків, що варіюється від середньої важкості до легкої;

- CP7 - спортсмени з мінімальною геміплегією з ураженням однієї руки та ноги з одного боку чи протилежних боків;
- CP8 - мінімальне ураження усіх чотирьох кінцівок.

Окрім того, не дозволяється зміна класу чи інвентарю під час змагань. Для спортсменів, в яких уражені більше, ніж дві кінцівки, спеціального класу немає, але їх можна віднести до відповідного класу. Наприклад, спортсмени з ампутаціями обох рук та однієї ноги нижче коліна можуть змагатися в класі LW4, LW5-LW 7 чи LW9.

### **Спортсмени, які змагаються сидячи (LW10 - LW12)**

До цих класів належать безпосередньо спортсмени класів LW10, LW10, LW12 та спортсмени, в яких уражені нижні кінцівки, і які застосовують монолижу за власним бажанням.

#### **Клас LW10**

- Ураження обох нижніх кінцівок, не здатні утримувати рівновагу в положенні сидячи;
- Церебральний параліч з ураженням усіх чотирьох кінцівок.

Приклади: спинальники 1, 2 і верхня частина 3 класу; класи LW для спортсменів, які можуть стояти з ураженням нижніх кінцівок і тулуба.

#### **Клас LW11**

- Ураження обох нижніх кінцівок, слабка функціональна рівновага в положенні сидячи;
- Церебральний параліч з ураженням нижніх кінцівок.

Приклади: спинальники 3 та 4 клас; класи LW для спортсменів, які можуть стояти з ураженням нижніх кінцівок та функціональними порушеннями тулуба/стегон. Спортсмени, в яких наявні функції в нижніх кінцівках, не повинні використовувати їх без пристосувань під час змагань.

#### **Клас LW12/1**

- Ураження спинного мозку або інші порушення функцій нижніх кінцівок, достатня функціональна рівновага в положенні сидячи;

- Церебральний параліч з ураженнями нижніх кінцівок.

Приклад: спинальники 5 і 6 клас.

#### **Клас LW12/2**

Спортсмени з ампутацією нижніх кінцівок.

#### **Спортсмени з вадами зору**

Спортсмени з вадами зору змагаються у класах B1-B3. Класифікація здійснюється за результатами перевірки ока, що краще

бачить, з кращою корекцією. Спортсмени класів В1-В3 беруть участь у змаганнях разом з лідером, який направляє спортсмена за допомогою голосу.

### **Лижні гонки та біатлон**

Учасників змагань з лижних гонок та біатлону розподіляють на три основні категорії: спортсмени, які змагаються стоячи (LW2-9), спортсмени, які змагаються в положенні сидячи (LW10-12) і спортсмени з порушенням зору (В1-3). В свою чергу кожна категорія розподіляється на класи відповідно до ступеня наявного порушення.

### **Спортсмени, які змагаються стоячи (LW2-9)**

#### **Клас LW2**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражена одна нижня кінцівка, вони використовують дві лижі та дві палиці:

- Ампутація однієї нижньої кінцівки вище коліна з використанням протезу;
- Ураження однієї нижньої кінцівки, що потребує застосування повного протеза для усієї ноги.

#### **Клас LW3**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражені дві нижні кінцівки, вони застосовують дві лижі та дві палиці:

- Ампутація двох нижніх кінцівок нижче коліна;
- Ураження двох нижніх кінцівок зі зменшенням м'язової сили в обох ногах (15- 44 бали) або еквівалентне ураження.

#### **Клас LW4**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражена одна нижня кінцівка, вони використовують дві лижі та дві палиці:

- Ампутація однієї нижньої кінцівки нижче коліна;
- Парези чи паралічі зі зменшеною м'язовою силою в одній нозі як мінімум на 10 пунктів;
- Анкілоз чи артродез кульшового суглоба;
- Анкілоз чи артродез колінного суглоба.

До класу LW4 також можуть віднести спортсменів з ампутацією обох стоп та функціональним ураженням обох стоп, що прирівнюється до ампутації стопи.

#### **Клас LW5/7**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражені обидві верхні кінцівки, вони використовують дві лижі, палиці не використовуються, тому що ураження не дозволяє цього:

- Ампутація двох верхніх кінцівок;
- Парези або паралічі чи вади розвитку обох верхніх кінцівок.

Якщо спортсмен класу LW5/7 може застосовувати лижну палицю і хоче це робити, то він повинен змагатись у класі LW6/8.

### **Клас LW6/8**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражена одна верхня кінцівка, вони використовують дві лижі та одну палицю через неможливість використання більше, ніж однієї лижної палиці:

- Ампутація однієї верхньої кінцівки;
- Парези чи паралічі однієї верхньої кінцівки;
- Вади розвитку кінцівки або подібні ураження.

### **Клас LW9**

До цього класу належать спортсмени, в яких уражені одна верхня та одна нижня кінцівки, вони використовують спортивне обладнання за своїм бажанням, але використовують дві лижі:

- Ураження однієї верхньої кінцівки та однієї нижньої кінцівки з одного боку;
- Ураження однієї верхньої кінцівки та однієї нижньої з протилежних боків.

Спортсменам не дозволяється замінити обраний тип обладнання під час участі у змаганнях. Не існує класу для спортсменів, в яких уражені більше, ніж дві кінцівки. Спортсмени, в яких уражені більше, ніж дві кінцівки, можуть змагатись у тому класі, який найбільше для них підходить. Наприклад, спортсмени з ампутацією двох верхніх кінцівок та однієї нижньої нижче коліна можуть виступати у класі LW4 або LW5/7 чи LW9.

## **Спортсмени, які змагаються сидячи (LW10-12)**

### **Клас LW10**

До цього класу належать спортсмени з ураженнями двох нижніх кінцівок, які не здатні утримувати рівновагу в положенні сидячи, бали від 0 до 8. Приклад: спинальники 1-2 класів та верхня частина 3 класу.

### **Клас LW11**

До цього класу належать спортсмени з ураженнями двох нижніх кінцівок, в яких є слабка здатність до збереження рівноваги в положенні сидячи, бали від 9 до 15: Приклад: спинальники - нижня частина 3 класу і 4 клас; спортсмени, які можуть стояти, з

ураженнями нижніх кінцівок та функціональними порушеннями тулуба/стегон.

Спортсмени, в яких наявна функція нижніх кінцівок, не повинні її використовувати під час змагань.

### **Клас LW12**

До цього класу належать спортсмени з ураженнями двох нижніх кінцівок, які добре зберігають рівновагу в положенні сидячи, бали від 16 до 18.

Приклад: спинальники - 5 і 6 класи; спортсмени, які можуть стояти - LW1,2,3,4. Спортсмени, в яких наявна функція в нижніх кінцівках, не повинні її використовувати під час змагань.

### **Спортсмени з вадами зору**

Спортсмени з вадами зору змагаються у класах В1-В3. Класифікація здійснюється за результатами перевірки ока, що краще бачить, з кращою корекцією. Спортсмени класів В1-В3 беруть участь у змаганнях разом з лідером, який спрямовує спортсмена за допомогою голосу. Для класів В1 та В2 лідер є обов'язковим. Для спортсменів класу В3 допомога лідера дозволена.

### **Комбіновані класи**

У 2002 році на Паралімпійських іграх у змаганнях з біатлону та лижних гонок на довгі дистанції, спортсменів розподіляли лише за трьома категоріями (спортсмени, які змагаються стоячи; спортсмени, які змагаються сидячи; спортсмени з вадами зору). Для визначення переможців використовувалась система гандикапу у відсотках. На коротких та середніх дистанціях у лижних гонках спортсмени змагались в окремих класах, за винятком комбінованих класів.

Класи в лижних перегонах об'єднуються в тих випадках, коли на дистанцію заявили надто малу кількість учасників (менше, ніж 6 спортсменів у класі), відповідно до правил Міжнародного паралімпійського комітету. Рішення про об'єднання класів у кожному випадку приймається Виконкомом Асамблеї лижних гонок на першій нараді представників команд після того, як завершиться офіційна класифікація. Система застосування гандикапу може модифікуватися відповідно до стану траси.

У випадку, якщо класи об'єднують, Виконком Асамблеї лижних гонок Міжнародного паралімпійського комітету встановлює відсотки гандикапу (табл.26) та може переглядати їх з урахуванням типу ураження, техніки лижних ходів, довжини дистанції, умов трас тощо.

Класи об'єднують відповідно до таких критеріїв:

- Подібні ураження (B2 та B3; LW2 та LW4 тощо);
- Подібний гандикап (94 та 96 %; 80 та 85 % тощо);
- Від слабшого до сильнішого (від B1 до B3; від LW2 до LW3 тощо).

#### Гандикап у лижних гонках

Клас	Гандикап (%)	
	Класичний стиль	Вільний стиль
B1	87	83
B2	98	98
B3	100	100
LW2	91	86
LW3	87	84
LW4	96	96
LW5/7	77	85
LW6/8	92	95
LW9	83-93	83-93
LW10	84	
LW11	92	
LW12	100	

Результат у кожного спортсмена визначається шляхом помноження чистого часу спортсмена на відсоток, що встановлено для цього спортсмена при класифікації. Для уникнення можливості обгону спортсменів з іншої групи чи класу розроблено Порядок старту. Перш за все, чоловіки стартують попереду жіночих груп. Спортсменів розподіляють на підгрупи, кількість та розмір яких залежить від кількості заявлених учасників. В кожній підгрупі повинні стартувати 6-10 спортсменів. Порядок старту в середині підгрупи визначається жеребкуванням. Рекомендований порядок старту різних класів:

- Чоловіки класів LW10, LW11, LW12;
- Жінки класів LW10, LW11, LW12;
- Чоловіки класів B;
- Жінки класів B;
- Чоловіки класів LW2-9;
- Жінки класів LW2-9.

У всіх індивідуальних гонках застосовується поодинокий старт з інтервалом у 30 секунд. Спортсмен повинен звільнити лижню за першою вимогою, за винятком останніх 200 метрів дистанції.

## **17. ПАРАЛІМПІЙСЬКИЙ СПОРТ В УКРАЇНІ**

### **17.1. Керівні організації спорту інвалідів в Україні**

Формування спортивного руху інвалідів в Україні веде початок з 90-х років. Саме в цей час почали створюватись українські фізкультурно-спортивні та оздоровчі клуби інвалідів. В подальшому ці громадські об'єднання стали основою для створення Національних Федерацій спорту інвалідів різних нозологічних груп - Всеукраїнської спортивної федерації інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату, Всеукраїнської спортивної федерації глухих, Всеукраїнської спортивної федерації незрячих (всі створені у 1992 р.), Всеукраїнської спортивної федерації інвалідів з вадами розумового та фізичного розвитку (створена у 1993 р.).

Комплексна програма розв'язання проблем інвалідності, схвалена постановою Кабінету Міністрів України від 27 січня 1992 р. № 31 окрім заходів щодо профілактики інвалідності, медичної, соціально-трудової реабілітації інвалідів, надання протезно-ортопедичної допомоги і забезпечення транспортними засобами, інвалідності, підготовки кадрів, дбання про культурні заходи та відпочинок тощо, містила і окремий розділ щодо фізичної культури і спорту інвалідів.

Передбачалося створити центр інвалідного спорту на базі стадіону «Спартак» (м. Київ) і вивчити можливості створення відповідних обласних центрів, забезпечити виготовлення спеціальних тренажерів, спортивного інвентаря та обладнання для занять інвалідів, розробити проект фізкультурно-спортивного комплексу з легких конструкцій з урахуванням можливостей інвалідів і забезпечити його реалізацію, вирішити питання про підготовку для роботи з інвалідами фізкультурних кадрів, у тому числі з контингенту інвалідів за скеруванням федерації фізкультури і спорту та фізкультурних клубів інвалідів, створити на півдні України оздоровчо-спортивну базу для проведення тренувань, зборів та інших

спортивних заходів, а також вивчення питань фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів, при проектуванні та будівництві спортивних споруд передбачати можливість використання їх інвалідами як для спостереження за ходом змагань, так і для занять спортом, розробити методичні та практичні рекомендації, посібник для інвалідів, які займаються фізичною культурою і спортом.

Стаття 13 - «Фізкультурно-оздоровча та спортивна діяльність серед інвалідів» Закону України «Про фізичну культуру і спорт», прийнятого у 1993 р. наголошувала, що заняття фізичною культурою і спортом інвалідів є складовою частиною їх дозвілля, фізичної реабілітації та соціально-трудової адаптації, а на фінансування фізкультурно-оздоровчих та спортивних заходів для інвалідів, створення та розширення їх спортивної бази виділяються кошти з державного бюджету та бюджетів місцевого самоврядування.

## **17.2. Національний Паралімпійський комітет України**

1993 році рішенням Уряду України були створені Український Центр фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» та його 27 регіональних відділень, які разом забезпечують впровадження в життя державної політики з питань фізичної культури і спорту інвалідів в Україні.

1998 р. з метою створення умов для реалізації державної політики у сфері зміцнення здоров'я населення України засобами фізичного виховання, фізичної культури і спорту та задоволення потреб у поліпшенні здоров'я, фізичному та духовному розвитку, Указом Президента України було затверджено Цільову комплексну програму «Фізичне виховання - здоров'я нації».

У зв'язку з тим, що кількість інвалідів в Україні може перебільшити 2 млн осіб, одним з напрямів реалізації цієї Програми було визначено фізкультурно-оздоровчу реабілітаційну та спортивну діяльність серед інвалідів. Було наголошено, що фізична культура і спорт серед інвалідів є складовою частиною фізкультурного руху України, що об'єднує соціально-демографічні групи населення з різними формами вад, є одним з важливих напрямів соціальної політики держави і забезпечує реалізацію прав громадян України, які мають певну ступінь втрати здоров'я, на заняття фізичною культурою



і спортом, досягнення вищих спортивних результатів та їх відповідну оцінку суспільством і державою.

Згідно із Програмою, основними напрямками розвитку фізичної культури і спорту серед інвалідів є фізичне виховання, фізкультурно-оздоровча і реабілітаційна робота у навчально-виховній сфері, спрямовані на закладення основ фізичного та духовного здоров'я і реабілітацію втрачених функцій організму дітей-інвалідів у дошкільних навчальних закладах, учнівської та студентської молоді в навчальних закладах освіти усіх рівнів, визнання фізичного виховання обов'язковою дисципліною у дошкільних закладах освіти, у спецшколах-інтернатах для дітей з фізичними і психічними вадами, у будинках інвалідів та інших спеціалізованих закладах для інвалідів; впровадження у виробничу сферу, інші сфери життєдіяльності фізкультурно-оздоровчих і реабілітаційних занять залежно від нозології інвалідності, особливостей праці та стану фізичного розвитку особи, відповідно до потреб інвалідів; створення цілісної системи підготовки у спорті вищих досягнень, що сприяла б розвитку видів спорту, в яких спортсмени-інваліди можуть досягти високих результатів на вітчизняних та міжнародних змаганнях; збереження та вдосконалення системи підготовки спортивних резервів, поліпшення функціонування спеціальних дитячо-юнацьких реабілітаційно-спортивних шкіл для інвалідів.

Метою реалізації Цільової комплексної програми передбачалося створити у Волинській, Закарпатській, Київській, Миколаївській, Полтавській, Херсонській, Черкаській, Чернівецькій, Чернігівській областях та у м. Севастополі на базі відповідних обласних центрів інвалідного спорту «Інваспорт» спеціальні дитячо-юнацькі реабілітаційно-спортивні школи для інвалідів; створити на базі існуючих шкіл-інтернатів для дітей-інвалідів спеціалізовані відділення підготовки спортивного резерву з відповідних нозологій; при республіканських та регіональних вищих училищах фізичної культури та паралімпійського резерву - спецгрупи підготовки кандидатів та членів національних збірних команд інвалідів України; сприяти вирішенню питань про надання спортивних споруд незалежно від форм власності для фізкультурно-спортивних і реабілітаційно-оздоровчих занять інвалідів, обладнати зазначені споруди спеціальними пристосуваннями для проведення фізкультурно-оздоровчої та спортивно-реабілітаційної роботи з інвалідами, здійснити заходи щодо дообладнання спеціальними

засобами спортивних об'єктів, де здійснюватиметься підготовка збірних команд інвалідів.

З іншого боку, наголошено на необхідності вирішення питання про прийом до вищих навчальних закладів спортсменів-інвалідів різних нозологій для підготовки фахівців з фізичної культури і спорту, забезпечення розробки спеціальних навчальних програм, за якими здійснюватиметься підготовка спеціалістів з фізичного виховання і спорту у вищих навчальних закладах системи Міністерства освіти України, Державного комітету України з фізичної культури і спорту, орієнтованих на реабілітаційну та спортивну роботу з інвалідами різних нозологій, створення відповідних профільних кафедр, розробки тематики науково-дослідних робіт з проблем реабілітаційної і спортивної роботи серед інвалідів, підготовку та випуск посібників та підручників.

Відповідно до генерального плану капітального ремонту і реконструкції, які мають перетворити Центр на унікальний об'єкт з реабілітації спортсменів-інвалідів та відпрацювання методик інтеграції інвалідів у суспільство, створюються спортивний зал; стадіон з біговими доріжками, спортивними секторами і трибунами; футбольний стадіон із тренувальним полем; поле для міні-футболу; поле лікувального харчування будуть розташовані в кожному житловому корпусі. В Центрі три закритих і два відкритих плавальних басейни, обладнаних системою підігріву морської води.

Територія Центру - 63 га, які знаходяться на чистому узбережжі Чорного моря, на самому березі Каламитської затоки, мілководдя якої створює ідеальні умови для сполучення спортивної реабілітації, лікування й відпочинку інвалідів всіх нозологій. На території центру знаходяться понад кілометровий (1,2 км) пляж та солоне озеро, яке має лікувальні властивості. З територією Центру межує відоме у всьому світі своїми лікувальними грязями озеро Майнакі.

Діяльності Центру, спрямованій на активну медичну і соціальну реабілітацію, оздоровлення всіх верств людей з особливими потребами, знайдуть також своє відображення:

- заходи спортивної підготовки національних паролімпійських і дефлімпійських збірних команд до головних спортивних форумів;
- спортивні заходи календарних планів Укрцентру «Інваспорт»;
- рекреаційні збори для інвалідів з вадами опорно-рухового апарату, зору і слуху ;

- міжнародні змагання та навчально-тренувальні збори спортсменів-інвалідів ;
- міжнародні змагання та навчально-тренувальні збори національних збірних команд України з різних видів спорту.

Завдяки зусиллям державних установ та громадських організацій інвалідів здійснюється діяльність унікальної державної системи фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт». Нині в Україні діють понад 70 підрозділів регіональних центрів «Інваспорт» в містах і районах України, відкрито 27 дитячо-юнацьких спортивних шкіл інвалідів, понад 100 державних та громадських спортивних клубів інвалідів.

### **17.3. Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»**

Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», створений згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 27.01.92 N 31 «Про Комплексну програму розв'язання проблем інвалідності», віднесений до сфери управління Національного комітету спорту інвалідів України. Український центр «Інваспорт» є спеціалізованою установою, яка сприяє забезпеченню проведення в життя державної політики з питань фізичної культури і спорту серед інвалідів на території України, і здійснює свої повноваження як безпосередньо, так і через Кримський республіканський, обласні, Київський та Севастопольський міські центри з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт».

Станом на 01.01.2004 до розгалуженої інфраструктури системи «Інваспорт» входило 27 регіональних центрів, 76 їх відділень в АР Крим, обласних центрах, містах Київ і Севастополь (у 2002 році - 66), 27 ДЮСШ, 135 фізкультурно-оздоровчих клубів (у 2002 році - 123). Для збереження та вдосконалення роботи спортивних шкіл інвалідів у 23 областях на базі 84 спецшкіл-інтернатів для інвалідів відкрито 147 спеціалізованих відділень підготовки паралімпійського та дефлімпійського резерву.

Діяльність центру «Інваспорт» здійснюється в тісній співпраці з державними, профспілковими та громадськими організаціями, спортивними федераціями інвалідів України, Республіканським комітетом з фізичної культури і спорту Автономної Республіки Крим,

структурними підрозділами з питань фізичної культури і спорту обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій. До системи Українського центру «Інваспорт» входять Кримський республіканський, обласні, Київський та Севастопольський міські центри з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт», дитячо-юнацькі спортивні школи інвалідів (ДЮСШ), спеціалізовані дитячо-юнацькі школи інвалідів паралімпійського резерву (СДЮШПР).

Основними завданнями Українського центру «Інваспорт» є внесення проположенняцій щодо формування державної політики з питань фізкультурно-реабілітаційної та спортивної роботи серед інвалідів, розробки проектів концепцій, програм або їхніх розділів з цієї роботи, забезпечення їх реалізації; організація і проведення з інвалідами дитячого віку та дорослими фізкультурно-реабілітаційної роботи, навчально-тренувальних занять, зборів, спортивних заходів; координація роботи регіональних центрів «Інваспорт», контроль за здійсненням навчально-тренувальної роботи та проведенням спортивних заходів; підготовка й забезпечення разом зі спортивними федераціями інвалідів, Національним комітетом спорту інвалідів України участі національних збірних команд у міжнародних змаганнях усіх рівнів; сприяння діяльності спортивних федерацій інвалідів у реалізації статутних вимог; сприяння здійсненню заходів щодо створення та зміцнення спортивної бази для проведення фізкультурно-реабілітаційної, спортивної роботи серед інвалідів; здійснення міжнародних зв'язків у сфері фізкультурно-реабілітаційної та спортивної роботи серед інвалідів.

Відповідності із завданнями, Український центр «Інваспорт» забезпечує виконання комплексних та цільових програм або окремих розділів з питань

фізкультурно-реабілітаційної та спортивної роботи з інвалідами; забезпечує впровадження в практику науково обґрунтованої системи фізичного виховання, реабілітації та підготовки спортсменів-інвалідів; залучає до розв'язання актуальних проблем фізкультурно-реабілітаційного та спортивного руху зацікавлені організації; бере участь у розробці проектів законодавчих актів з питань фізкультурно-спортивного руху і в межах своєї компетенції організовує їх виконання; вносить до Національного комітету спорту інвалідів України та Державного Комітету з питань фізичної культури і спорту проположенняції щодо показників проектів Державного бюджету

України за видатками для організації фізкультурно-реабілітаційної та спортивної роботи серед інвалідів; сприяє впровадженню заходів, що спрямовані на соціальний захист спортсменів-інвалідів, тренерів та інших фахівців, які працюють у цій сфері; спрямовує державні й залучені фінансові та матеріальні ресурси на забезпечення фізкультурно-спортивних заходів, передбачених єдиним календарним планом спортивних змагань і зборів серед інвалідів, контролює їх виконання; спільно зі спортивними федераціями інвалідів та Національним комітетом спорту інвалідів України розробляє та подає до Державного Комітету з питань фізичної культури і спорту проположенняції щодо норм, умов, вимог Єдиної спортивної класифікації, та в установленому порядку подає проположенняції щодо визнання видів спорту, якими займаються інваліди, уживає заходів щодо їх розвитку та поширення на території України; розробляє проект єдиного календарного плану спортивних змагань України, навчально-тренувальних зборів зі спорту інвалідів та подає їх на затвердження до Державного Комітету з питань фізичної культури і спорту; разом з -юнацьких спортивних шкіл інвалідів, закладів та формувань фізкультурно-спортивної спрямованості; разом з Національним комітетом спорту інвалідів України та Державним Комітетом з питань фізичної культури і спорту проводить єдину науково-методичну політику в сфері фізкультури та спорту інвалідів; розв'язує питання про надання спортивних споруд для проведення фізкультурно-реабілітаційної та спортивної роботи, порушує клопотання перед організаціями державної місцевої влади про забезпечення і обладнання цих споруд спеціальними пристосуваннями для інвалідів тощо. Український центр «Інваспорт» очолює начальник, який.

Одним із основних напрямків роботи Українського і регіональних центрів «Інваспорт» є реабілітація інвалідів засобами фізичної культури і спорту.

Різними формами фізкультурно-реабілітаційної роботи в Україні охоплено майже 40 тисяч інвалідів з вадами слуху, вадами зору, ураженнями опорно-рухового апарату, церебральним паралічем, вадами розумового і фізичного розвитку, серед яких культивується 28 видів спорту, в т.ч. серед інвалідів з вадами слуху-18, з вадами зору-14, ураженнями опорно-рухового апарату-18, вадами розумового і фізичного розвитку-13.

Згідно із переліком видів спорту, що визнані в Україні, для осіб з вадами слуху, зору, опорно-рухового апарату, розумового розвитку культивуються такі види спорту, як бадмінтон, баскетбол, баскетбол у візках, боротьба греко-римська, боротьба вільна, біатлон, більярдний спорт, волейбол, волейбол сидячи, велосипедний спорт - трек, велосипедний спорт - шосе, вітрильний спорт, голбол, гімнастика спортивна, гімнастика художня, гірськолижний спорт, дзюдо, ковзанярський спорт, легка атлетика, лижні гонки, плавання, паверліфтинг, ролінгбол, спортивне орієнтування, стрільба з лука, софтбол, теніс, теніс на візках, теніс настільний, футбол, фехтування, хокей з шайбою, хокей на траві, шашки, шахи, спортивні інвалідів з ураженнями зору, слуху, опорно-рухового апарату та інтелекту. У регіональних центрах активно розвивається 17 видів спорту серед інвалідів з вадами слуху, з вадами зору - 12, з ураженнями опорно-рухового апарату 17, 10 - з вадами розумового і фізичного розвитку.

1999 році у масових і фінальних змаганнях за програмою I Всеукраїнських літніх спортивних ігор на старті перших двох етапів вийшло близько 25 тисяч інвалідів, фінальна частина проведена з 10 видів спорту, в ній стартувало 1913 спортсменів-інвалідів. Вперше Україна стала організатором першого відкритого Чемпіонату Європи з футболу серед інвалідів-ампутантів.

Протягом 2003 року регіональними центрами «Інваспорт» було проведено 1042 масових фізкультурно-оздоровчих і спортивних заходи (у 2001 р. - 593, у 2002 р. - 760), в яких взяло участь більше 40 тисяч інвалідів усіх нозологій. Найбільш масово проводяться фізкультурно-оздоровчі та спортивні заходи в Дніпропетровській, Івано-Франківській, Львівській, Одеській, Харківській, Херсонській областях та м. Києві.

Одним з вагомих показників ефективності роботи системи центрів «Інваспорт» є участь спортсменів-інвалідів України у Національних та міжнародних змаганнях.

## ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Основні поняття адаптивного фізичного виховання.
2. Характеристика АФВ в Україні.
3. Мета і завдання адаптивного фізичного виховання.
4. Принципи адаптивного фізичного виховання.
5. Принцип свідомості й активності.
6. Принцип індивідуалізації.
7. Принцип доступності .
8. Принцип послідовності.
9. Принцип диференційно-інтегральних оптимумів.
10. Принцип систематичності.
11. Принцип чергування, або розсіяного м'язового навантаження.
12. Принцип міцності.
13. Педагогічні функції.
14. Соціальні функції.
15. Засоби адаптивного фізичного виховання.
16. Методи адаптивного фізичного виховання.
17. Застосування різних методів формування дії по етапах.
18. Форми адаптивного фізичного виховання.
19. Методи формування знань.
20. Методи навчання руховим діям.
21. Методи розвитку фізичних якостей і здібностей.
22. Методи виховання особистості.
23. Методи організації взаємодії педагога і учня.
24. Форми організації адаптивного фізичного виховання.
25. Рух – ведучий фактор розвитку фізичних здібностей.
26. Залежність розвитку фізичних здібностей від рухових режимів.
27. Етапи розвитку фізичних здібностей.
28. Принцип координаційних та кондиційних фізичних здібностей.
29. Принцип вікової адекватності педагогічних впливів.
30. Принцип оптимальності педагогічних впливів.
31. Принцип варіативності педагогічних впливів.
32. Принцип діагностики рівня розвитку фізичних здібностей.
33. Розвиток силових здібностей.
34. Розвиток швидкісних здібностей.

35. Розвиток витривалості.
36. Розвиток гнучкості.
37. Основні поняття, мета і завдання.
38. Тестування при глухоті.
39. Особливості методики.
40. Основні поняття адаптивного фізичного виховання при сліпоті.
41. Мета і завдання.
42. Методи навчання спортивної техніки при сліпоті.
43. АФВ при станах після ампутації.
44. Мета завдання, засоби.
45. АФВ при порушеннях ОРА.
46. Завдання АФВ при ураженнях спинного мозку.
47. Засоби АФВ при ураженнях спинного мозку.
48. Методичні вказівки під час занять ФВ при ушкодженнях спинного мозку.
49. Загальна характеристика АФВ при ДЦП.
50. Особливості методики при ДЦП.
51. АФВ при тяжких формах ДЦП.
52. АФВ при ДЦП середнього ступеня.
53. АФВ при ДЦП легкого ступеня.
54. Загальна характеристика АФВ при відхиленні розумового розвитку.
55. Завдання та засоби АФВ при відхиленні розумового розвитку.
56. Адаптивне фізичне виховання у Будинку дитини.
57. Медично-педагогічний контроль в адаптивному фізичному вихованні.
58. Методи контролю ефективності навчального процесу а адаптивному фізичному вихованні.
59. Переважна спрямованість змісту занять (уроків) по адаптивному фізичному вихованню.
60. Характеристика змісту занять (уроків) по адаптивному фізичному вихованню.
61. Заняття з дітьми першого року життя. Заняття по адаптивному фізичному вихованню дошкільнят та школярів.
62. Заняття по адаптивному фізичному вихованню у вузах.
63. Відмінні риси методики навчання руховим діям.



64. Відмінні риси методики розвитку фізичних якостей і здібностей.
65. Міжпредметна команда фахівців для роботи з дітьми, що мають відхилення в розвитку.
66. Роль і місце фахівця з адаптивної фізичної культури у команді.
67. Принципи класифікації в адаптивному спорті.
68. Види класифікацій.
69. Система організації і проведення класифікацій осіб, що займаються адаптивним спортом.
70. Система організації і проведення медичної класифікації.
71. Система організації і проведення спортивно-функціональної класифікації.
72. Основні групи осіб, що займаються адаптивним спортом (класифікація спортсменів).
73. Особливості наукової діяльності у адаптивному спорті
74. Адаптивний спорт як складова Олімпійського руху
75. Загальна характеристика Паралімпійських ігор
76. Організаційні аспекти проведення змагань з паралімпійських видів спорту
77. Особливості забезпечення суддівства
78. Схеми проведення змагань
79. Умови визначення переможця неофіційного командного заліку
80. Особливості змагальної діяльності з видів спорту паралімпійської програми
81. Відмінності правил змагань та особливості видів спорту Олімпійської та Паралімпійської програм
82. Значення класифікацій спортсменів у Паралімпійському спорті
83. Функціональні класифікації спортсменів з пошкодженнями опорно-рухового апарату та ураженнями зору в різних видах спорту
84. Загальні принципи формування команд та стартових груп у видах спорту
85. Керівні організації спорту інвалідів в Україні
86. Національний Паралімпійський комітет України
87. Український центр фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт».....

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Амосов А. М.* Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. — М.: ООО “АСТ”, 2002. — 461 с.
2. *Аулик И. В.* Определение физической работоспособности в клинике и спорте. — М., Наука, 1984.
3. *Белозерцева И.* Оставить в живых! Профилактика суицидального поведения у детей // Основы безопасности жизнедеятельности. — 2002. — № 11. — С. 22–27.
4. *Белозерцева И.* Этот ребенок невыносим! Клинико-психологическая характеристика детей-суицидентов // Основы безопасности жизнедеятельности. — 2000. — № 10. — С. 27–31.
5. *Бріскін Ю.А.* Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади: навчальний посібник. - Львів: “Ахіл”, 2003. - 128 с.
6. *Бріскін Ю. А.* Вступ до теорії спорту інвалідів: [навч. посіб. для студ. ВНЗ фіз.. вих.. і с.] / Юрій Бріскін, Аліна Передерій. — Л.: «Апріорі», 2008. — 68 с., іл.. — ISBN: 78-966-8256-71-4
7. *Бріскін Ю. А.* Спорт інвалідів : [підруч. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту] / Ю. А. Бріскін. — К. : Олімпійська література, 2006. — 263 с. — ISBN 966-7133-79-6
8. *Бріскін Ю.А.* Організаційні основи Паралімпійського спорту: навчальний посібник. - Л.:“Кобзар”, 2004. - 180 с., іл.
9. *Вахрук Т. П., Лисовский В. А., Сологуб Е. Б.* Основы тератологии и наследственной патологии: Учеб. пособие.— М.: Сов. спорт, 2001.
10. *Виноградова Р. Н.* Об опыте работы по интеграции в общество людей с ограниченными возможностями в Германии // Соц. и клин. психиатрия. — 2000. — Т. 10. — № 4. — С. 72–73.
11. *Выготский Л. С.* Основы дефектологии // Собр. соч. — М., 1983. — Т. 5.
12. *Гиббс Р.* Если Вам за 50. — М.: Физ-ра и спорт, 1985.
13. *Дегонская Е. В.* Метод “Вилкион”-терапии в лечении сопутствующей соматической патологии у детей с церебральным параличом // Укр. вісн. психоневрології. — 2002. — Т. 10. — №2. — С. 203–204.
14. *Декларация* Организации Объединенных Наций о правах инвалидов, 1975, п. 2.1.
15. *Дембо А. Г.* Врачебный контроль в спорте. — М., 1988.

16. *Евсеев С. П.* Адаптивная физическая культура (цель, содержание, место в системе знаний о человеке) // Теория и практи. физ. культуры. — 1998. — № 1.

17. *Евсеев С. П.* Адаптивная физическая культура, ее философия, содержание и задачи // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. — СПб., 1996.

18. *Евсеев С. П., Курдыбайло С. Ф., Сусяев В. Г.* Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учеб. пособие. — М.: Сов. спорт, 2000.

19. *Епифанов В. А.* Медицинское обеспечение спорта у инвалидов // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. — 1995. — № 6. — С. 47–48.

20. *Зелинская Д. И., Белова Л. С.* Детская инвалидность. — М., 2001. — 136 с.

21. *Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учеб. пособие / В. А. Лисовский, С. П. Евсеев, В. Ю. Голофеевский, А. Н. Мирошниченко.* — М.: Сов. спорт, 2001.

22. *Конституція України.* — К., 1996. — Ст. 23, 28, 49.

23. *Коренев Н. М.* Международные подходы к оценке последствий заболеваний и травм // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2001. — № 3.

24. *Международная классификация болезней. 10-й пересмотр.* ВООЗ, 2000.

25. *Огорелкова Л.* Загальні та індивідуальні особливості керування процесом фізичного виховання дітей-інвалідів по зору // Молода спортивна наука України. — 2004. — Вип. 7. — Т. 1. — С. 370–372.

26. *Про введення посади спеціалістів з фізичної реабілітації: Лист Міністерства охорони здоров'я України від 5 листопада 2001 р. №11.03.04/22.*

27. *Сарычев С. Я.* Основные медико-социальные проблемы инвалидности в детском возрасте // Педиатрия. — 1990. — № 12. — С. 4–10.

28. *Сергиени Е. В.* Актуальные вопросы медицинской реабилитации инвалидов в Украине // Мед. реабилитация, курортология и физиотерапия. — 2008. — № 1. — С. 52–53.

29. *Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (Прийнято Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй на 48 сесії 20 грудня 1993 р. Резолюція 48/96) (Витяги): Основи*

концепції політики стосовно □ □ інвалідів. Реабілітація. Параграф 23. Розділ 1. Передумови для рівноправної участі. Правило 3. Реабілітація.

30. *Шанина Г. Е.* Адаптивная физическая культура как фактор социального здоровья лиц с ограниченными возможностями // Теория и практ. физ. культуры. — 2003. — № 1. — С. 56–57.

31. *Шапкова Л. В.* Средства адаптивной физической культуры: Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным развивающим занятиям детей с изменениями в интеллектуальном развитии. — М.: Сов. спорт, 2001.

32. *Шатов А. В.* Стан інвалідності з дитинства в Україні у 2000 р. // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 3. — С. 5–11.