

Міністерство освіти і науки України
Державний заклад
«Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка»

О. І. СОКОЛЕНКО

АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА

*Навчально-методичний посібник
для магістрантів спеціальності «Фізичне виховання»*

м. Старобільськ – 2015 р.

УДК 615.825

ББК 75.09

С 59

Рецензенти:

Караман О. Л. – доктор педагогічних наук, професор, директор інституту педагогіки і психології ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка».

Котова О. В. – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри теорії і методики фізичного виховання та спортивних дисциплін Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького.

Соколенко О. І.

Адаптивна фізична культура: навч.-метод. посіб. для магістрантів спеціальності «Фізичне виховання» / Олена Іванівна Соколенко; Держ. закл. «Луган. нац. ун-т імені Тараса Шевченка» – Старобільськ : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2015. – 154 с

Навчально-методичний посібник подає структурований матеріал для вивчення однієї з дисциплін фахової підготовки магістрів фізичного виховання. У посібнику вміщено допоміжні матеріали до текстів лекцій, питання для самоконтролю, види практичних занять, різні види завдань для самостійної роботи.

Видання призначене для магістрантів інститутів і факультетів фізичного виховання.

УДК 615.825

ББК 75.09

С

*Рекомендовано до друку навчально-методичною радою
ДЗ «Луганський національний університет
імені Тараса Шевченка»
(протокол № 3. від 30.10. 2015 р.)*

© Соколенко О. І., 2015

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
Змістовний модуль 1. ВВЕДЕННЯ В КУРС «АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА».....	14
Тема 1. Вступ в адаптивну фізичну культуру.....	14
1.1. Предмет, мета, завдання адаптивної фізичної культури.....	14
1.2. Історія розвитку адаптивної фізичної культури.....	22
1.3. Об'єкт і суб'єкт педагогічної діяльності в адаптивній фізичній культурі.....	28
Тема 2. Основні положення, терміни і види адаптивної фізичної культури.....	36
2.1. Основні поняття й терміни адаптивної фізичної культури.....	36
2.2. Компоненти адаптивної фізичної культури, їх мета та особливості.....	42
Тема 3. Принципи і функції адаптивної фізичної культури.....	51
3.1. Принципи адаптивної фізичної культури.....	51
3.2. Функції адаптивної фізичної культури.....	68
Змістовний модуль 2. МЕТОДИКА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ.....	77
Тема 1. Особливості розвитку фізичних здібностей та навчання руховим діям у адаптивній фізичній культурі.....	77
1.1. Основні закономірності, принципи і методи розвитку фізичних здібностей	77

1.2. Навчання руховим діям у адаптивній фізичній культурі.....	85
Тема 2 Особливості занять фізичною культурою осіб із різною нозологією.....	102
2.1. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами слуху.....	102
2.2. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами зору.....	106
2.3. Адаптивне фізичне виховання при порушеннях опорно-рухового апарату.....	111
2.4. Адаптивне фізичне виховання при дитячому церебральному паралічі.....	115
2.5. Адаптивне фізичне виховання при розумовій відсталості.....	121
2.6. Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні.....	126
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.....	138
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	141
ДОДАТКИ.....	144

ВСТУП

Адаптивна фізична культура розглядається як частина загальної культури, підсистема фізичної культури, одна з сфер соціальної діяльності, що спрямована на задоволення потреби осіб з обмеженими можливостями в руховій активності, відновленні, зміцненні й підтримці здоров'я, особистісного розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил з метою поліпшення якості життя, соціалізації та інтеграції в суспільство. Відмінною особливістю будь-якої культури є творчий початок. Отже, з повним правом можна сказати, що адаптивна фізична культура як нова навчальна дисципліна – це творча діяльність із перетворення людської природи, «окультурення» тіла, її оздоровлення, формування інтересів, мотивів, потреб, звичок, розвитку вищих психічних функцій, виховання і самовиховання особистості, самореалізації індивідуальних здібностей.

Адаптивна фізична культура належить до комплексних наук. Вивчення даного курсу має на меті формування комплексу знань та вмінь, що органічно вплітаються в загальну систему підготовки фахівців, допомагають адаптувати людей з функціональними обмеженнями до фізичних і соціальних умов оточуючого середовища. До основних елементів цього комплексу необхідно віднести вміння студентів застосовувати методики фізичного виховання при різного роду функціональних порушеннях, а також вміти враховувати результати застосування адаптивної фізичної культури в кожному конкретному випадку.

Адаптивне фізичне виховання – новий напрям у вітчизняній системі освіти і науки, що вивчає аспекти фізичного виховання людей, які мають у результаті захворювань або травм різні стійкі порушення життєво важливих функцій організму і пов'язаних з ними обмежень фізичних можливостей.

Сучасна адаптивна фізична культура в Україні має юридичне забезпечення й входить в державну систему реабілітації інвалідів. Права інвалідів визначені Законом України «Про основи соціального захисту інвалідів».

Закон України «Про фізичну культуру і спорт» звертається безпосередньо до питань фізичної культури інвалідів: «...ст.13. Фізкультурно-оздоровча і спортивна діяльність серед інвалідів».

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

Випускник Інституту фізичної культури і спорту ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», перш за все, – педагог, і вся його подальша професійна діяльність буде пов'язана з педагогічною практикою фізкультурно-оздоровчої і спортивної роботи, у тому числі, з особами із обмеженими функціональними можливостями. Тому дисципліною, що надає і синтезує необхідні знання, є «Адаптивна фізична культура».

Навчальна дисципліна «Адаптивної фізична культура», є складовою освітньо-професійної програми підготовки фахівців за освітньо-кваліфікаційним рівнем «Магістр» галузі знань 0102 «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» за спеціальністю 8.01020101 – «Фізичне виховання». Ця дисципліна входить в нормативну частину навчального плану, пциклу дисциплін підготовки за фахом. Викладається у I семестрі магістратури в обсязі: – 75 год. (2,5 кредити ECTS), з них лекцій – 14 год., практичні заняття – 10 год., самостійна робота – 51 год. У курсі передбачено 2 змістових модулів та 1 підсумкова модульна контрольна робота. Форма підсумкового контролю – залік.

Мета курсу – ознайомити студентів з організацією, структурою, змістом, сучасними технологіями й передовою практикою виховної, фізкультурно-оздоровчої роботи для осіб із

функціональними обмеженнями, сформувати необхідні знання й уміння з методик навчання та проведення занять з адаптивної фізичної культури.

У результаті вивчення навчальної дисципліни студент повинен

знати:

- мету, завдання, функції адаптивної фізичної культури;
- основні компоненти адаптивної фізичної культури;
- характеристику об'єкта і суб'єкта педагогічної діяльності в адаптивній фізичній культурі;
- методологічні аспекти адаптивної фізичної культури;
- основні аспекти змісту та методики адаптивної фізичної культури;
- показання та протипоказання для занять адаптивною фізичною культурою;

вміти:

- добирати засоби і методи навчання рухових дій для людей з обмеженими можливостями;
- здійснювати медико-педагогічний контроль за тими, хто займається;
- формувати потребу до регулярних занять адаптивною фізичною культурою;
- проводити заняття з адаптивної фізичної культури у відповідності зі змістом і специфікою контингенту тих, хто займається;
- застосовувати методи дослідження у науково-дослідній роботі в сфері адаптивної фізичної культури;
- проводити аналіз теоретико-експериментальних даних та втілювати в практику результати наукових досліджень;
- аналізувати передовий досвід педагогів-новаторів.

Навчальна дисципліна «Адаптивна фізична культура» орієнтує магістрантів на різні форми самостійної роботи: опрацювання лекційного матеріалу, конспектування окремих

теоретичних робіт, опублікованих у різних виданнях; пошук відповідей на запитання для самоконтролю, підготовка до практичних занять, виконання тестів та творчого завдання, консультації з викладачем тощо.

Питання для самоперевірки допоможуть студентам визначити, наскільки глибоко вони опанували необхідний матеріал.

Навчально-методичний посібник може бути використаний магістрантами денної та заочної форми навчання, а також викладачами та учителями фізичної культури під час проведення занять зі студентами та учнями, які мають функціональні обмеження.

Інформація про автора курсу:

Соколенко Олена Іванівна – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання ДЗ «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка».

СТРУКТУРА ПРОГРАМИ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА»

Найменування показників	Галузь знань, напрям підготовки, освітньо-кваліфікаційний рівень	Характеристика навчальної дисципліни	
		денна форма навчання	заочна форма навчання
Кількість кредитів – 2,5	Галузь знань 0102 Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини	Нормативна (за вибором)	
	Напрямок підготовки		
Модулів – 1	Спеціальність Фізичне виховання	Рік підготовки:	
Змістових модулів – 2		1-й	1-й
Індивідуальне науково-дослідне завдання		Семестр	
Загальна кількість годин – 75		1-й	1-й
Тижневих годин для денної форми навчання: аудиторних – 2 год. самостійної роботи студента – 3 год	Освітньо-кваліфікаційний рівень: Магістр	Лекції	
		14 год.	14 год.
		Практичні, семінарські	
		10 год.	10 год.
		Лабораторні	
		год.	год.
		Самостійна робота	
		51 год.	51 год.
Вид контролю: залік			

РОБОЧА ПРОГРАМА

дисципліни «Адаптивна фізична культура»

Модуль 1

Змістовний модуль 1.

Введення в курс «Адаптивна фізична культура»

Тема 1. Предмет, мета, завдання адаптивної фізичної культури. Історія розвитку адаптивної фізичної культури. Об'єкт і суб'єкт педагогічної діяльності в адаптивній фізичній культурі.

Тема 2. Основні поняття й терміни адаптивної фізичної культури. Компоненти адаптивної фізичної культури, їх мета та особливості.

Тема 3. Принципи і функції адаптивної фізичної культури.

Змістовний модуль 2.

Методика розвитку фізичних якостей та навчання руховим діям в адаптивній фізичній культурі

Тема 1. Особливості розвитку фізичних здібностей та навчання руховим діям у адаптивній фізичній культурі.

Тема 2. Особливості занять фізичною культурою осіб з різною нозологією.

3. Структура навчальної дисципліни

Назви змістових модулів і тем	Кількість годин							
	денна форма				Заочна форма			
	усього	у тому числі			усього	у тому числі		
		Л	п	с.р.		л	п	с.р.
1	2	3	4	6	7	8	9	10
Модуль 1								
Змістовий модуль 1. Введення в курс «Адаптивна фізична культура»								
Тема 1. Вступ в адаптивну фізичну культуру	9	2		8	9	2		8
Тема 2. Основні поняття й терміни адаптивної фізичної культури	9	2		8	9	2		8
Тема 3. Принципи і функції адаптивної фізичної культури.	17	4	2	11	17	4	2	11
Разом за змістовим модулем 1	37	8	2	27	37	8	2	27
Змістовий модуль 2. Методика розвитку фізичних якостей та навчання руховим діям в адаптивній фізичній культурі								
Тема 1. Особливості розвитку фізичних здібностей та навчання руховим діям у адаптивній фізичній культурі	16	2	4	12	16	2	4	12
Тема 2. Особливості занять фізичною культурою осіб з різною нозологією	20	4	4	12	20	4	4	12
Разом за змістовим модулем 2	38	6	8	24	38	6	8	24
Усього годин	75	14	10	51	75	14	10	51

Теми практичних занять

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Принципи і функції адаптивної фізичної культури.	2
2	Особливості розвитку фізичних здібностей та навчання руховим діям у адаптивній фізичній культурі.	4
3.	Особливості занять фізичною культурою осіб з різною нозологією.	4

Самостійна робота

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
<i>Змістовний модуль 1</i>		
1	Вступ в адаптивну фізичну культуру.	8
2	Основні поняття й терміни адаптивної фізичної культури.	8
3	Принципи і функції адаптивної фізичної культури.	11
<i>Змістовний модуль 2</i>		
1	Засоби та методи адаптивної фізичної культури (на прикладі вибраної фізичної вправи).	6
2	Методика розвитку фізичних якостей (нозологія та одна фізична якість за вибором студента)	6
3	Складання конспекту уроку (нозологія та тема за вибором студента)	12
	Разом	51

Методи навчання: слухання лекцій; виступ з повідомленням на лекції, практичному занятті, участь у дискусії; науково-дослідна робота над обраною темою.

Методи контролю: письмова модульна контрольна робота одна після вивчення курсу.

Розподіл балів, що отримують студенти

Поточне тестування та самостійна робота						Сума
Змістовий модуль №1			Змістовий модуль №2			
T1	T2	T3	T1	T2	KMP	100
10	10	10	20	20	30	

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою	
		для екзамену, курсового проекту (роботи), практики	для заліку
90 – 100%	A	відмінно	зараховано
83 – 89%	B	добре	
75 – 82%	C		
63 – 74%	D	задовільно	
50 – 62%	E		
21 – 49%	FX	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання
0 – 20%	F	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

МОДУЛЬ 1

Змістовний модуль 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Тема 1. Вступ в адаптивну фізичну культуру

Зміст

- 1.1. Предмет, мета, завдання, адаптивної фізичної культури
- 1.2. Історія розвитку адаптивної фізичної культури.
- 1.3. Об'єкт і суб'єкт педагогічної діяльності в адаптивній фізичній культурі

1.1. Предмет, мета, завдання адаптивної фізичної культури

Стан людей з обмеженими можливостями, обумовлений стійкими структурним і функціональними змінами організму, в даний час охоплює більше 800 мільйонів людей, що складає не менше 10 % населення планети. На цьому фоні одним з серйозних підсумків гуманізації суспільного розвитку кінця ХХ – початку ХХІ ст. постало зростання значущості соціалізуючих практик, що стосуються осіб з обмеженими можливостями. У числі найважливіших напрямків роботи з даною категорією населення є адаптивна фізична культура (АФК) і спорт. Із цим явищем сьогодні пов'язані численні очікування в розвитку системи комплексної реабілітації інвалідів і перспективи забезпечення умов для всебічного розвитку осіб з відхиленнями в стані здоров'я.

Людина з обмеженим станом здоров'я має функціональні ускладнення в результаті захворювання, відхилень або недоліків у розвитку, у стані здоров'я, зовнішності, у наслідок не пристосованості зовнішнього середовища до їх потреб, а також будь-якого упередження суспільства з відношення до себе. Тому сучасне населення планети повинно усвідомити наявність

інвалідів й необхідність надання для них нормальних умов життя.

Особливість будь якої культури є творчий початок. Тому можна стверджувати, що адаптивна фізична культура, як нова навчальна дисципліна, являє собою творчу діяльність, мета якої:

- перетворення людської природи;
- «окультурення» тіла людини;
- оздоровлення людини;
- формування інтересів, мотивів, потреб, звичок;
- розвиток вищих психічних функцій;
- виховання й самовиховання особистості;
- самореалізація особистих здібностей людини.

Треба зазначити, що велике значення у соціалізації інвалідів відіграє саме адаптивна фізична культура. Адаптивна фізична культура – це соціальний феномен, мета якого полягає у налагодженні й закріпленні соціальних зв'язків людини, яка раніше мала обмежений доступ або зовсім не була включена у соціальний процес, залучення її до повноцінного життя, що наповнене новим змістом, емоціями, почуттями.

Тобто, адаптивна фізична культура – це скоріше, не метод лікування, а засіб переключення уваги інвалідів від хвороби на спілкування, активний відпочинок і розвагу.

Л. Шапкова розглядає адаптивну фізичну культуру як частину загальної культури, підсистему фізичної культури, однією із сфер соціальної діяльності, що спрямована на задоволення потреб особистості з обмеженими можливостями у руховій активності, у становленні, збереженні й підтримці здоров'я, особистісного розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил, з метою покращення якості життя, соціалізації й інтеграції людини у суспільство.

На думку С. Євсєєва, адаптивна фізична культура – ширше поняття у порівнянні з лікувальною фізичною культурою й фізичним вихованням дітей, які мають відхилення у стані здоров'я. Адаптивна фізична культура – це система

вдосконалення й гармонізації усіх боків та властивостей людини з відхиленнями у стані здоров'я (фізичних, інтелектуальних, емоційно-вольових, естетичних, етичних й ін.) за допомогою фізичних вправ, природо-середовищних і гігієнічних чинників; як специфічний процес, результатом якого є оптимізація стану та розвитку людини у процесі комплексної реабілітації й соціальної інтеграції.

Адаптивна фізична культура (АФК) – це вид загальної фізичної культури для осіб з відхиленнями у стані здоров'я. Максимальний розвиток за допомогою засобів і методів адаптивної фізичної культури життєздатності людини, підтримка у неї оптимального психофізичного стану надає можливість кожному інваліду реалізувати свої творчі потенції і досягти видатних результатів, не тільки у порівнянні з результатами здорових людей, а, й перевищують їх.

Для багатьох інвалідів АФК є єдиним способом «розірвати» замкнутий простір, увійти в соціум, придбати нових друзів, отримати можливість для спілкування, повноцінних емоцій, пізнання світу й ін.. Саме тут, найчастіше вперше у своєму житті, вони пізнають радість руху, вчаться перемагати і гідно переносити поразки, усвідомлюють щастя подолання себе.

У людей з відхиленнями у стані здоров'я адаптивна фізична культура формує:

- усвідомлене ставлення до своїх сил у порівнянні з силами середньостатистичної здорової людини;
- здатність до подолання не лише фізичних, але й психічних бар'єрів, що перешкоджають повноцінному життю;
- компенсаторні навички, тобто дозволяють використовувати функції різних систем і органів замість тих, що відсутні;
- здатність до подолання необхідних для повноцінного функціонування у суспільстві за допомогою фізичних навантажень;

- потребу бути здоровим та вести здоровий спосіб життя;
- осмислення необхідності особистісного вкладу у життя суспільства; бажання облагороджувати свої особистісні якості;
- збільшувати свою розумову та фізичну працездатність.

Серед багатьох факторів, що обмежують підтримання оптимального психофізичного стану інвалідів, здійснення ними трудової, побутової, культурної діяльності, а головне, що здатні до розвитку цілого «букету» негативних змін в організмі, – гіподинамія та гіпокінезія. Негативний вплив останніх на всі без винятку органи та функціональні системи людини добре відомі й неодноразово описувалися як у науковій, так і популярній літературі. Поставити надійний заслін різним хворобам, й допомога людині яка потрапила в умови змушеної гіподинамії та гіпокінезії (обмежування природних рухів-локомоцій тощо), оптимізувати її психофізичний стан може тільки розумно організована рухова активність.

Величезною є роль адаптивної фізичної культури (особливо адаптивного спорту, адаптивної рухової рекреації, креативних (художньо-музичних) і екстремальних видів адаптивної рухової активності та ін.) У вирішенні завдань соціалізації даної категорії населення, реалізації відповідного сучасним умовам способу життя як кінцевої мети реабілітації, підвищення рівня якості їхнього життя.

Адаптивна фізична культура є найважливішим компонентом всієї системи реабілітації інвалідів та осіб з відхиленнями у стані здоров'я, всіх її видів і форм. Вона з усією очевидністю присутня у всіх сферах життєдіяльності людини і тому складає основу соціально-трудової, соціально-побутової та соціально-культурної реабілітації; виступає в якості важливих засобів і методів медичної, технічної, психологічної, педагогічної реабілітації. Рухова мобільність людини з

обмеженими можливостями являє собою один з важливих критеріїв стадійно-рівневої характеристики процесу реабілітації.

Це пояснюється тим, що, наприклад, будь-яка придбана інвалідність ставить перед людиною проблему адаптації до життя в своїй новій якості, що, у свою чергу, практично завжди пов'язане з необхідністю освоєння нових життєво і професійно важливих знань, перцептивних, рухових умінь і навичок, розвитку і вдосконалення спеціальних фізичних і психічних якостей і здібностей. А це неможливо без використання засобів і методів адаптивної фізичної культури.

Тому предметом адаптивної фізичної культури виступають принципи, методи та методичні прийоми навчання рухових дій при заняттях адаптивною фізичною культурою.

Вище зазначене дозволяє сформулювати мету і основну установку (лейтмотив) адаптивної фізичної культури.

Основною метою адаптивної фізичної культури виступає максимально можливий розвиток життєздатності людини, яка має стійкі відхилення в стані здоров'я або інвалідність, за рахунок забезпечення оптимального режиму функціонування відпущених природою і тих, що залишилися в процесі життя її тілесно-рухових характеристик і духовних сил та їх гармонізації для максимально можливої самореалізації в якості соціально та індивідуально значущого суб'єкту.

Мета адаптивної фізичної культури дозволяє сформулювати основну установку діяльності в цій галузі тих, хто займаються, і педагога (викладача, тренера, методиста).

Максимальний розвиток за допомогою засобів і методів адаптивної фізичної культури життєздатності людини, підтримка у неї оптимального психофізичного стану надають кожному інваліду шанси реалізувати свої творчі можливості і досягти видатних результатів, не тільки у порівнянні з результатами здорових людей, а й навіть перевищують їх. Досить згадати такі імена, як: Тамерлан, Франклін Рузвельт, Олексій Маресьєв, Валентин Дікуль, Святослав Федоров, Ольга

Скороходова і багато інших, щоб переконатися в тому, що інвалідність, ті чи інші дефекти у здоров'ї не можуть зупинити людей цілеспрямованих і які мають сильну волю. І першою сходинкою на цьому шляху (новому для тих, хто придбав інвалідність в процесі життя) може і повинна стати адаптивна фізична культура, що дозволяє придбати уміння та навички, якості та здібності, необхідні в будь-якому виді людської діяльності, у спілкуванні суб'єктів між собою .

Завдання адаптивної фізичної культури саме й полягають у максимальному відволіканні від своїх хвороб й проблем у процесі змагальної або рекреаційної діяльності людей з обмеженням у стані здоров'я, що передбачає спілкування, розваги, активний відпочинок та інші форми нормального життя.

Завдання, що вирішуються в адаптивній фізичній культурі, повинні ставитися виходячи із конкретних потреб кожної людини. Пріоритет тих чи інших завдань багато в чому обумовлюється компонентом (видом) адаптивної фізичної культури, навчальним матеріалом, матеріально-технічним забезпеченням освітнього процесу та іншими факторами.

В узагальненому вигляді завдання в адаптивній фізичній культурі можна розділити на дві групи (Рис 1.).

Одна група завдань витікає з особливостей осіб з відхиленнями у стані здоров'я або інвалідів (корекційні, компенсаторні і профілактичні завдання).

Друга група – освітні, виховні та оздоровчо-розвиваючі завдання – найбільш традиційні для фізичної культури.

У зв'язку з тим, що об'єктом уваги в адаптивній фізичній культурі є людина з відхиленнями у стані здоров'я, то цілком логічно спробувати, використовуючи величезний потенціал цього виду діяльності, виправити наявний недолік, скорегувати,



Рис. 1. Завдання адаптивної фізичної культури.

якщо це можливо, основний його дефект. Причому, чим раніше буде виявлений той чи інший дефект, тим більша ймовірність його корекції.

Говорячи про корекційні завдання, мається на увазі порушення (дефекти) не тільки опорно-рухового апарату (постава, плоскостопість, ожиріння тощо), але і сенсорних систем (зору, слуху), мови, інтелекту, емоційно вольової сфери, соматичних функціональних систем та ін.

Так, наприклад, цілеспрямована робота зі зміцнення м'язів, що рухають око може привести до поліпшення зору; етап формування розумових дій в матеріальній формі (за Я. П. Гальперіним) значно підвищує ефективність цього процесу; навчання вмінням довільного розслаблення м'язів дозволяє знімати психологічні «затиски», коригувати емоційний стан й ін.

Зрозуміло, корекційна робота може проводитися як у відношенні до основного дефекту, так і супутних захворювань, а також у відношенні до вторинних порушень, що обумовлені основним дефектом.

У тому випадку, коли корекція неможлива, на перший план виступають компенсаторні завдання (формування просторовочасового орієнтування у сліпих, «тренування» збережених сенсорних систем, навчання ходьби на протезах й ін.).

І, нарешті, той чи інший дефект, те чи інше захворювання потребують обов'язкової профілактичної роботи (рішення профілактичних завдань). Так, наприклад, обмеження мобільності людини вимагає цілеспрямованої діяльності з профілактики захворювання, що обумовлено гіподинамією і гіпокінезією.

Зрозуміло, всі завдання, що перераховані, вирішуються в контексті навчання тим чи іншим знанням, умінням, навичкам (освітні завдання); виховання тих чи інших властивостей особистості займаються (виховні завдання); розвитку їх

фізичних якостей і здібностей, зміцнення м'язів стопи, вдосконалення постави й ін. (оздоровчо-розвивальні завдання).

Треба зазначити, що предметом професійної діяльності в адаптивній фізичній культурі як педагога, так і тих, хто займається є цілеспрямоване вирішення перерахованих завдань в роботі з особами, які мають відхилення у стані здоров'я або інвалідність, в процесі їх комплексної реабілітації, а також здійснення типового для конкретних історичних умов способу життя, досягнення відповідного рівня її якості.

1.2. Історія розвитку адаптивної фізичної культури

Передісторія сприйняття інвалідності починається ще з доісторичних часів, коли ставлення до непрацездатних членів суспільства змінювалося залежно від соціально-історичного досвіду народів і своєрідності укладу їхнього повсякденного життя.

Для первісного родоплемінного укладу властиве вкрай негативне ставлення до людей, які втратили здатність працювати та, відповідно, воювати. Презирство до хворих і слабких уважалось законом життя, оскільки такі люди не могли запропонувати суспільству ні здоров'я, ні фізичної сили й ставали йому тягарем. Природним «рішенням проблеми» непрацездатних людей ставав спосіб позбавлення від них за допомогою фізичного знищення.

Пізніше на зміну фізичному знищенню приходив інший спосіб – вигнання з громади, залишення напризволяще, позбавлення їжі й житла. Чим більш суворими були умови життя людей, тим менше можливостей залишалось у хворих, старих і калік для виживання. Проте причиною такого ставлення були не прояви особливої жорстокості первісних народів, віра в загробне життя. Вони вважали, що полегшують таким чином перехід в інший світ особам із вадами розвитку. Отже, культурні традиції стародавніх народів характеризуються неприйняттям

будь-якого виду ущербності та покладанням піклування про таку людину або на Бога, або на долю.

У рабовласницьких державах Сходу часів Ассирії та Вавилону (IV–V ст. до н. е.) у початковій формі виникають притулки для калік і хворих, яких не можливо вилікувати. Тобто посилюються початкові форми взаємодії раніше відсторонених людей із соціумом, а отже, якісно інше ставлення до хворих й убогих.

У Стародавньому Китаї складалася власна унікальна модель ставлення до людей з особливими потребами, коли державне піклування про осіб із фізичними вадами проявлялось у конкретних діях.

Так, у висловлюваннях одного з представників конфуціанства Сюнь Цзи (III ст. до н. е.) міститься заклик до можновладців, що людей, які страждають фізичними вадами, верхи повинні привертати до себе й утримувати, дати їм заняття відповідно до їхніх можливостей, використовувати їх на роботі, годувати й одягати; потрібно піклуватися про кожного з них без винятку.

Античний світ також залишив в історії свідчення переважно негативного ставлення до осіб з інтелектуальними та фізичними недоліками. Фізичне знищення таких людей було звичайною практикою. Найбільш відомий приклад воєнізованої Спарти. У Стародавній Спарті дітей-інвалідів позбавляли життя, а воїни, які ставали інвалідами, забезпечувалися матеріальною підтримкою держави, незважаючи на негативне ставлення до слабкості в цілому. За часів Юлія Цезаря інвалідом уважався воїн, який утратив великого пальця правої руки й тим самим був обмежений у можливості користуватися зброєю. У Стародавньому Римі інваліди війни разом із сім'ями утримувалися за рахунок Республіки. Римські легіонери, які отримали каліцтва, наділялися земельними ділянками, військовою здобиччю, грошима, вони звільнялися від податків, торгових мит.

Із переходом до розвинутих рабовласницьких відносин виникає більш терпиме ставлення до осіб із вадами, які втратили працездатність, що можна охарактеризувати як пасивне ігнорування. При цьому зароджуються окремі найпростіші форми суспільної діяльності, що спрямовані на підтримку цієї категорії людей.

У середні віки в Європі отримали велике поширення військові богадільні, притулки для калік, що здебільшого організовувалися при монастирях як служби громадського піклування. Під інвалідами також, як і раніше, розумілися колишні воїни, які отримали травми на війні.

У кінці XVIII ст. у західних країнах за загальною думкою більшості дослідників відбулося виділення в самостійний вид соціальної діяльності дій із догляду за нездатними собі допомогти членами суспільства. Саме тоді догляд у спеціальних установах за особами із захворюваннями сенсорних органів, а згодом із фізичними вадами став представляти окремий вид громадського піклування.

Проте на багато століть раніше, із часів князя Володимира, церква та держава почали здійснювати підтримку й допомогу хворим й убогим. У Київській Русі підтримку від церкви отримували всі діти, які мали фізичні вади, називались «убогими» або «каліками». Перші спроби надання допомоги особам із вадами розвитку відбувалися ще в X–XI ст., і в цьому велике значення мав Києво-Печерський монастир. Так, у 1014 р. в Києві єпископ Феодосій Печерський відкрив окремий будинок для дітей-сиріт (сліпих, глухих, калік).

На утримання цього будинку преподобний виділяв десяту частину монастирських доходів.

Значно збільшилася кількість інвалідів, які виховувались у притулках у першій половині XVI ст.

Священики засновували в себе притулки, лікарні, богадільні для сиріт, старців. У цих установах поряд із цілком здоровими виховувались «убогі» – сліпі, німі й глухі. Однак ця

допомога найчастіше носила лише епізодичний характер, достатньо не фінансувалася та не була забезпечена достатньою кількістю освічених фахівців.

Уперше серйозною допомогою дітям-інвалідам зайнялися лише на початку XIX ст. До цього виявилось причетним благодійне товариство – Відомство установ імператриці Марії Федорівни.

Турбота про долю глухонімого онука спонукала Марію Федорівну до створення в 1806 р. спеціального училища для глухих у Павловську, що пізніше було переведене до Петербурга. Однак правом на навчання в ньому користувалися лише діти дворян і чиновників. Надалі подібні установи створювались і в інших місцях Російської імперії. Рівень освіти в них був не високий, при різноманітних методах навчання відсутньою була єдина система викладання.

Отже, потрібно відзначити, що в Російській імперії, яка в силу свого географічного положення увібрала в себе і східноєвропейську, і азійську культури, історично передавалася традиція особливо шанобливого ставлення до «убогої» людини, яка має видимі фізичні, психічні або розумові вади.

Така особа розглядалася як особливо відзначена Богом («у-богий», «у-Бога»), і в традиції російської культури велике значення приділялося справам благодійності й милосердя щодо людей, які мають важкі недуги – убогих, калік, блаженних.

Саме поняття «інвалід» у Російській імперії з'явилося у XVIII ст., коли так називали колишніх військовослужбовців, які вже не могли за станом здоров'я себе обслуговувати і тим більше – служити.

Пізніше, у XIX ст., межі застосування цього слова розширилися й до інвалідів стали відносити всіх осіб, які втратили можливість себе утримувати та обслуговувати у зв'язку з порушенням здоров'я.

Отже, історично сформувалося значення терміна «інвалід», у якому змістовний акцент робили на нездатності

індивідуума здійснювати трудову діяльність, у повному обсязі утримувати та обслуговувати себе.

Протягом більшої частини ХХ ст. в аграрних та індустріальних суспільствах інвалідність розглядали в контексті економічної й соціальної корисності людини – це економічна модель інвалідності, або модель функціональної обмеженості, що описує нібито неповноцінність і нездатність особистості виконувати ті чи інші функції, приписані суспільством.

Економічна й функціональна моделі є логічним наслідком так званої медичної моделі інвалідності. У цьому випадку інвалідність сприймається як особиста патологія людини, а всі її проблеми наслідок цієї патології. Інваліди мають пристосовуватися до світу «нормальних» людей і тоді завданням держави є їх адаптація в суспільство здорових людей, а основним її змістом – забезпечення соціального захисту, який розуміється досить обмежено. Відповідна соціальна політика призводить до дискримінації людей з обмеженими фізичними, сенсорними та ментальними можливостями й ставлення до них суспільства як до неповноцінних.

Моделі, що описані, тривалий час панували при формуванні та реалізації соціальної політики щодо осіб з особливими потребами. Тільки наприкінці 60-х років ХХ ст. світова громадська думка починає кардинально змінюватися стосовно проблем людей із вадами розвитку. Загальносвітові тенденції охоплювали усвідомлення необхідності надання особам із сенсорними, фізичними й розумовими вадами рівних можливостей і прав зі здоровими людьми, інтеграції їх у життя суспільства.

Із розвитком демократичних принципів у суспільних відносинах змінюється ставлення до людей з особливими потребами як до групи осіб, які потребують піклування, догляду та соціального забезпечення. Від богаділень і резервацій для інвалідів до державних науково обґрунтованих програм – шлях, що привів до створення нової соціальної моделі інвалідності, де

проблема фізичних, сенсорних чи розумових вад людини розглядається насамперед як соціальна.

У цій моделі обмежені можливості розуміються як наслідок того, що соціальні та фізичні умови (культура суспільства, психологічний клімат, соціальні та політичні умови, «бар'єрна інфраструктура» тощо), у яких живе й працює людина з вадами розвитку, звужують можливості її самореалізації, тобто особи з особливими потребами розглядаються, скоріше, як пригноблена група, аніж як аномальна.

Сутність проблеми інвалідності полягає в нерівності можливостей при проголошенні рівності прав.

Основним змістом діяльності стає соціальна інтеграція людей з обмеженими можливостями та допомога в усвідомленні й реалізації ними своїх невід'ємних людських прав [5].

На сьогодні слово «інвалід», що в англійській мові має значення «недійсний», «безпідставний», в англословних країнах практично виходить з ужитку стосовно людей із різними порушеннями життє-діяльності. Проте в англійській міжнародній термінології існує три градації цього стану – *impairment*, *disability*, *handicap* (умовно «порушення», «неповносправність», «інвалідність»), а в Україні не вистачає сталих термінів на ці три градації (українською термін інвалід – це офіційний канцеляризм, що вживається в документах).

Разом із тим уживання терміна «інвалід» у суспільній свідомості має негативний відтінок, є, за суттю поняттям, що дискримінує права осіб з вадами розвитку й не заохочується до широкого використання. Такий же дискримінуючий характер мають терміни, у яких особистість людини підмінюється однією з її властивостей, наприклад «кульгавий», «глухий», «сліпий», «безрукий», «безногий» та ін. Прийнятною заміною стає вживання словосполучень, у яких будь-які порушення розглядаються як особливості особистості (людина з особливими потребами, особа з обмеженими можливостями, з

ослабленим слухом й ін.). До термінів, що зараз широко використовуються й за суттю, заміняють слово «інвалід», за результатами опитування на сайті «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні» належать особи з особливими потребами, з обмеженими можливостями, із порушеннями (вадами) розвитку та ін.

Сучасна адаптивна фізична культура 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».

1.3.Об'єкт і суб'єкт педагогічної діяльності в адаптивній фізичній культурі

Для того щоб будувати педагогічний процес, визначати принципи та дидактичні лінії освітньої діяльності, необхідно знати стан здоров'я, фізичні, психічні, особистісні особливості людей даної категорії, тому, що характеристика об'єкта педагогічних впливів є вихідною умовою будь якого процесу утворення .

Категорія цих людей надзвичайно різноманітна: за нозологією (поразка зору, слуху, мови, інтелекту, опорно-

рухового апарату, центральної нервової системи та ін., а також поєднані форми); за віком (від народження до старості), за ступенем тяжкості і структури дефекту, часу його виникнення (при народженні або протягом життя), з причин і характером протікання захворювання, медичним прогнозом, наявності супутніх захворювань і вторинних порушень, станом збережених функцій, за соціальним статусом та іншими ознаками.

Будь-яка патологія, що привела людину до інвалідності, супроводжується його малорухомістю як вимушеною формою поведінки і призводить до гіподинамії, що в свою чергу тягне за собою ряд негативних наслідків: порушення соціальних зв'язків і умов самореалізації, втрату економічної та побутової незалежності, що викликає стійкий емоційний стрес. Раптова інвалідність в зрілому віці часто супроводжується комплексами психічної неповноцінності, характеризується тривогою, втратою впевненості в собі, пасивністю, самоізолюваністю, або навпаки – егоцентризмом, агресивністю, а часом і антисоціальними установками.

Для дітей з відхиленнями у розвитку характерні прояви дизонтогенеза і ретардації як в природному (біологічному), так і у психофізичному розвитку, що призводить до дефіциту природних потреб дитини в русі, грі, емоціях, спілкуванні, ускладнює процес навчання.

За даними численних досліджень, аномальний розвиток дитини завжди супроводжується погіршенням моторних функцій, вторинними порушеннями в руховій і психічній сферах (див. табл.1). Від своїх здорових однолітків за рівнем фізичного розвитку і фізичної підготовленості такі діти відстають на 1–3 роки і більше.

Порушення, що виникають у аномальних дітей

Аномалії	Порушення
Порушення зору	Порушення постави, викривлення хребта, плоскостопість, слабкість дихальних м'язів. Порушення пропросторових образів, самоконтролю та саморегуляції, координації рухів. Хвороби органів дихання, серцево-судинної системи, обміну речовин, неврози. Захворювання органів слуху, мінімальна мозкова дісфункція. Швидка втома.
Порушення слуху	Дисгармонічність фізичного розвитку, порушення постави, викривлення хребта, деформація стопи. Захворювання дихальної системи, вегетативно соматичні розлади, порушення функцій вестибулярного апарату, затримка психічного і моторного розвитку, порушення функцій мови, пам'яті, уваги, мислення, спілкування. Швидка стомлюваність, порушення ритмічності рухів, рівноваги, реагує здібності, просторово-часової диференціювання.
Порушення інтелекту	Дисплазія, порушення окостеніння, постави, деформація стопи і хребта, дисгармонічність фізичного розвитку, порушення координації рухів. Уроджені вади серця, захворювання внутрішніх органів, ендокринні порушення, сенсорні відхилення. Зниження сили і рухливості нервових процесів, порушення пізнавальної діяльності, вищих психічних функцій: мислення, пам'яті, мови, емоційно-вольової сфери, порушення аналітико-синтетичної діяльності ЦНС.

Церебральна поразка опорно-рухового апарату	Дисгармонічність фізичного розвитку, порушення здібності опори, рівноваги, вертикальної пози, орієнтування в просторі, координації мікро- і макромоторики. Остеохондроз хребта, м'язова гіпотрофія, остеопороз, контрактура. Порушення функцій серцево-судинної та дихальної систем, низький рівень працездатності. Захворювання внутрішніх органів, порушення зору, слуху, інтелекту, низька працездатність.
Спінальна поразка опорно-рухового апарату	Розлад функцій тазових органів, уродинаміки. Порушення вегетативних функцій, пролежні. Остеопороз. При високому (шийному) ураженні – порушення дихання, недостатність гемодинаміки. При м'явому паралічу – атрофія м'язів, при спастичному – туго рухливість суглобів, контрактура, спастика. Відсутність вироблених рухів.
Ампутаційна поразка опорно-рухового апарату	Порушення регуляторних механізмів, дегенеративні зміни нервово-м'язової і кісткової тканини, контрактура, порушення кровообігу, дихання, травлення, запалення. Порушення обмінних процесів, ожиріння. Зниження загальної працездатності, фантомні болі.

Так, у дітей з розумовою відсталістю через незворотне ураження ЦНС фізичний і психічний розвиток протікає на дефектній основі, при цьому недорозвиненими виявляються не тільки нервово-психічні, а й соматичні функції (серцево-судинна система, кишково-шлунковий тракт), кісткова, м'язова,

ендокринна, сенсорні системи, вищі психічні функції: мова, мислення, увага, пам'ять, емоції і особистість у цілому.

Повна або часткова втрата зору у дітей істотно змінює їх життєдіяльність. Порушення просторових образів, чуттєве пізнання світу, самоконтролю та саморегуляції супроводжується широким спектром супутніх захворювань. 40 % дітей має мінімальну мозкову дисфункцію (негрубі ураження ЦНС), понад 30 % – соматичні захворювання (пієлонефрити, захворювання дихальної та серцево-судинної систем), 80 % дітей страждають неврозами. Серед вторинних порушень найбільш типовими є слабкість загальної та дихальної мускулатури, викривлення хребта, деформації стопи, що природним чином негативно відбивається на фізичній підготовленості, працездатності здібності, рухах дитини. Порушення постави спостерігаються майже 80 % сліпих та слабозорих дітей.

Втрата слуху у дітей супроводжується в 62 % випадків дисгармонійним фізичним розвитком, в 44 % – дефектами опорно-рухового апарату (сколіоз, плоскостопість), в 80% – затримкою моторного розвитку. Супутні захворювання спостерігаються у 70 % глухих і дітей, які слабо чують. Найбільш поширеними є захворювання, дихальної системи: бронхіти, пневмонії, а також затримка психічного розвитку, відхилення у розвитку інтелекту, вегетативно-соматичні розлади. Обмежений потік зовнішньої інформації через ураження слуху спотворює сприйняття її сенсу, ускладнює спілкування, ускладнює умови психомоторного розвитку, викликає негативні емоції і стресові переживання. Недостатність, слуху призводить до порушення розвитку всіх сторін мови, а в деяких випадках до повної її відсутності, що обмежує можливості мислення, відбивається на особливостях поведінки – замкнутість, небажання вступати в контакт. Для рухової сфери характерні порушення точності рухів, статичної і динамічної рівноваги, просторового орієнтування, здатності засвоювати заданий ритм рухів.

Діти з наслідками дитячого церебрального паралічу (ДЦП) мають множинні рухові розлади: гіпертонус м'язів, розвиток контрактур, порушення координації рухів, атрофію м'язів і ін., Викликані важкими захворюваннями ЦНС, крім порушень функцій головного та спинного мозку, вдруге протягом життя виникають зміни в нервових і м'язових волокнах, суглобах, зв'язках, хрящах. Часто рухові розлади супроводжуються порушеннями зору, вестибулярного апарату, мови, психіки та інших функцій. Розрізняють три ступені тяжкості дефекту: легку (діти можуть вільно пересуватися), середню (при пересуваннях і самообслуговуванні потребують допомоги), важку (діти цілком залежать від оточуючих). За даними анкетування Асоціації батьків дітей-інвалідів – 6 % дітей з ДЦП повністю здатні до самообслуговування, 80 % – до повного і часткового самообслуговування і 14 % – повністю нездатні до самообслуговування. За ступенем збереження інтелекту у даної категорії дітей отримані наступні результати: у 60 % – збережений інтелект, у 30 % – часткові відхилення, у 10 % – грубі порушення. Для рухової сфери характерні порушення опороздатності, рівноваги, вертикальної пози, орієнтування в просторі, координації мікро- і макромоторики, узгодженості дихання і руху, несформованість локомоторних актів, низький рівень працездатності, швидка стомлюваність.

Ампутація кінцівок веде, в першу чергу, до порушення рухового стереотипу, функції опори і ходьби, координації рухів. Наслідком ампутації кінцівок є зменшення маси тіла, судинного русла, тяжкі захворювання опорно-рухового апарату, гіпокінезія і стрес. Зниження центральних регуляторних механізмів, дегенеративні зміни нервово-м'язового і кісткового компонентів опорно-рухового апарату, порушення обмінних процесів, погіршення діяльності вегетативних функцій, детренованість м'язів негативно впливають на процеси кровообігу, дихання, травлення та інших життєво важливих функцій, створюють об'єктивні біологічні передумови відставання темпів фізичного і

психічного розвитку, зниження рухових можливостей і загальної працездатності. Виразність змін життєвих функцій організму залежить від рівня ампутації кінцівки, характеру оперативних втручань, віку, індивідуальних особливостей інваліда.

Втрата кінцівки у дітей (або вроджене недорозвинення) знижують їх рухові можливості, що веде до вторинних деформацій і атрофії м'язів. Протезування доцільно і успішно лише в тому випадку, якщо рухова активність забезпечує формування м'язової моторики, відповідно віку, оскільки керувати протезами кінцівки необхідно володіти вміннями роздільного скорочення м'язів кукси, диференціювання м'язових зусиль, точності рухів і ін. Ці вміння визначаються не тільки фізичними можливостями, а й психофізіологічним станом дитини. «Повернення» у хворобу, дефіцит позитивних емоцій, відчуття фізичної неповноцінності можуть змінити свідомість, поведінку, інтелект, соціальну активність не тільки дітей, а й дорослих інвалідів.

Коротка характеристика об'єкта педагогічних впливів дозволяє виділити найбільш типові рухові розлади, що характерні для всіх нозологічних груп:

- вимушене зниження рухової активності як фактор гіпокінезії, що виявляється у скороченні обсягу та інтенсивності рухової діяльності, зниженні енергетичних витрат на м'язову роботу;

- погіршення життєво необхідних фізичних якостей: м'язової сили, швидкості й потужності рухів, витривалості, спритності, рухливості в суглобах;

- порушення постави, деформація стопи, хребта, слабкість «м'язового корсету»;

- порушення координаційних здібностей: швидкості реакції, точності, темпу, ритму, узгодженості мікро- і макромоторики, диференціювання зусиль, часу і простору, рівноваги і стійкості до вестибулярних подразнень, орієнтування

в просторі, розслаблення та ін., що негативно відбиваються на якості рухів (включаючи основні локомоції – ходьбу і біг), що необхідні в навчальній, трудовій, побутовій, спортивній діяльності.

Такі аномалії розвитку, як порушення слуху, зору, інтелекту, ДЦП та інші, супроводжуються не тільки розладами моторики та координації, а й вищих психічних функцій, особливо мови, уваги, пам'яті та інших, що обмежують пізнавальну, комунікативну, навчальну, трудову, рухову діяльність і потребують корекції.

Таким чином, дані про стан здоров'я, особливості фізичного і психічного розвитку, вторинних порушеннях, викликаних первинним дефектом і факторами вимушеної гіподинамії, носять досить узагальнений характер. Зазначені діагностичні показники можуть служити орієнтирами при розробці різних програм адаптивної фізичної культури.

Тема 2 Основні положення, терміни і види адаптивної фізичної культури

Зміст:

- 2.1. Основні поняття й терміни адаптивної фізичної культури.
- 2.2. Компоненти адаптивної фізичної культури, їх мета та особливості.

2.1. Основні поняття й терміни адаптивної фізичної культури

Розглянемо основні поняття адаптивної фізичної культури. Вони є дуже складними, багатогранними і мають велику кількість різних визначень, трактувань.

В. Видрін виділяє наступні, найбільш близькі для теорії фізичної культури визначення культури:

- Культура – це витвір людини, те, що не створено в такому вигляді природою;
- Культура – це міра і спосіб розвитку людини;
- Культура – це якісна характеристика діяльності людини і суспільства;
- Культура – це процес і результат зберігання, освоєння, розвиток та поширення матеріальних і духовних цінностей.

Кожне з перерахованих визначень може бути взято за основу при розгляді поняття «фізична культура».

Культура нерозривно пов'язана з діяльністю і потребами.

Діяльність – це різні види і способи процесу освоєння світу, його перетворення, зміни для задоволення потреби людини і суспільства. Потреба – це потреба в чомусь, життєва або побутова необхідність, найважливіші джерела та умови розвитку особистості та суспільства, спонукальні причини соціальної діяльності людей.

Зазвичай виділяють два класи потреб – природні і соціальні.

До перших відносяться потреба в їжі, воді, повітрі, русі, розмноженні, захисту потомства. Вони притаманні як тваринам, так і людині. Соціальні потреби можна розділити на потреби особистості й суспільства.

До числа найбільш важливих потреб суспільства відноситься необхідність створення здорової, життєдіяльності та мобільної нації, у всебічно і гармонійно розвинених людей і в створенні об'єктивних умов для вільного і безмежного розвитку їх сил, здібностей та обдарувань.

Серед потреб особистості, наприклад, з точки зору гуманістичної психології, слід особливо виділити потреби безпеки і захисту, потреби приналежності і любові, потреби самоповаги, потреби самоактуалізації або особистого вдосконалення.

Фізична культура – це вид культури людини і суспільства. Це діяльність та її соціальні та індивідуально значущі результати із створення всебічної готовності людини до життя, оптимізації її стану та розвитку; це специфічний процес і результат людської діяльності, а також засоби і способи вдосконалення і гармонізації усіх боків і властивостей індивіда (фізичних, інтелектуальних, емоціно-вольових, естетичних, етичних та ін.) за допомогою фізичних вправ, природно-середовищних і гігієнічних чинників.

На відміну від фізичної культури об'єктом пізнання і перетворення, суб'єктом самовдосконалення в адаптивній фізичній культурі є хворі люди, в тому числі й інваліди. Все це вимагає значної, а іноді й принципової трансформації (приспосовування, корекції або, по-іншому, адаптації) завдань, принципів, засобів, методів та ін. фізичної культури для такої категорії тих, хто займається. Звідси назва – «адаптивна фізична культура».

Адаптивна фізична культура – це вид (галузь) фізичної культури людини з відхиленнями у стані здоров'я, включення інваліда у суспільство. Це діяльність і її соціально та

індивідуально значущі результати із створення всебічної готовності людини з відхиленнями у стані здоров'я, включаючи інваліда, до життя; оптимізації її стану і розвитку в процесі комплексної реабілітації та соціальної інтеграції; це специфічний процес і результат діяльності людини, а також засоби і методи вдосконалення та гармонізації всіх сторін і властивостей індивіда з відхиленнями у стані здоров'я (фізичних, інтелектуальних, емоційних, естетичних, етичних та ін.) за допомогою фізичних вправ, природно-середовищних і гігієнічних чинників.

Адаптивна фізична культура – напрямок соціальної практики у «боротьбі» із психічними комплексами неповноцінності осіб із відхиленнями у стані здоров'я.

Саме в адаптивній фізичній культурі виявляється недоцільність орієнтації деяких спеціалістів і тих, хто займається тільки (або переважно) на фізичні (тілесні) компоненти особистості людини з відхиленнями у стані здоров'я, включаючи інваліда. Тут на перше місце виступають проблеми залучення всіх можливих засобів і методів адаптивної фізичної культури для корекції наявного у людини дефекту, вироблення необхідних компенсацій, профілактики супутних захворювань і вторинних відхилень, обумовлених основним дефектом, або, іншими словами, проблеми комплексної реабілітації та інтеграції тих, хто займається, в суспільство.

Термін «реабілітація» походить від латинського – здатність – відновлення здатності.

Зміни в житті суспільства нашої країни, що відбулися за останні десятиліття, характеризуються посиленням уваги до проблем реабілітації осіб з відхиленнями у стані здоров'я, усвідомленням реабілітації інвалідів в Україні як важливого державного завдання.

Реабілітація – комплекс медичних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення (або

компенсацію) порушених функцій організму, а також соціальних функцій і працездатності хворих та інвалідів.

У даний час, в якості мети реабілітації інвалідів та осіб з відхиленнями у стані здоров'я, як правило, розглядається соціальна інтеграція, що розуміється, по-перше, в статичному плані як деякий стан досягнутого і зафіксованого положення інваліда в суспільстві й, по-друге, стосовно окремого інваліда (тобто тільки в індивідуальній площині).

Однак, як справедливо відзначає В. Кантор, категорія «соціальна інтеграція» є однією з фундаментальних категорій соціології і позначає «процес встановлення оптимальних зв'язків між соціальними інститутами, групами, ешелонами влади і управління». Отже, процесуальна за своєю природою, соціальна інтеграція інвалідів не може виступати в якості мети (і тим більше результату) їх реабілітації.

Соціальна інтеграція являє собою двосторонній процес взаємного зближення, зустрічного руху двох соціальних суб'єктів, в нашому випадку – осіб з відхиленнями у стані здоров'я та інвалідів, які прагнуть до включення в суспільство здорових людей. Тому в якості мети соціальної реабілітації В. Кантор пропонує використовувати поняття «спосіб життя».

Таким чином, мета реабілітації інвалідів полягає в забезпеченні їх здатності до реалізації способу життя до людей, які нормально розвиваються.

Як суб'єкт соціальної інтеграції інваліди та особи з відхиленням у стані здоров'я виступають у трьох соціалізуючих рівневих вимірах.

Перший з них характеризує індивідуально-особистісний рівень. Наприклад, студент-інвалід, який навчається у вузі.

Другий являє собою рівень малої соціальної групи. Наприклад, команда спортсменів-інвалідів, яка бере участь в змаганнях різного рангу.

Третій вимір являє собою інвалідів на рівні великої соціальної групи великої соціальної групи. Саме так

представлені в нашій країні інваліди, об'єднані у відповідні суспільні організації (Українське товариство сліпих (УТОС), Українське товариство глухих (УТОГ) своїй взаємодії з різними соціальними інститутами та законодавчими структурами та ін. За рішенням 15 всеукраїнських та 10 регіональних організацій у вересні 2001 р. створено Всеукраїнське громадсько-політичне об'єднання «Національна Асамблея інвалідів України». Метою діяльності Асамблеї є об'єднання громадських організацій інвалідів, узгодження дій та консолідація зусиль, спрямованих на поліпшення становища інвалідів в Україні, захист конституційних прав інвалідів, підвищення їх ролі та соціального статусу в суспільстві.

Таким чином, реабілітація інвалідів – це специфічна діяльність в галузі соціальної політики припускає підвищення рівня соціальної дієздатності осіб із відхиленнями у стані здоров'я (та інвалідів) у сферах праці, побуту, культури на основі комплексного застосування медичних, інженерних, психологічних і педагогічних технологій і має на меті забезпечення готовності цієї категорії населення до реалізації нормативного для даних суспільно-історичних умов способу життя.

У поняття «структура дефекту» входить співвідношення первинних, вторинних дефектів і збережених функцій, тобто при обстеженні фахівці повинні виявити біологічне порушення – ураження кори, вторинне порушення – те, що пов'язане з суспільством і соціумом. Найгірше піддаються корекції первинні порушення, вторинні ж можна коригувати. Корекція йде на збережених функціях.

Вчені виділяв 2 дефекти: первинний і вторинний. Первинні впливають з характеру хвороби і пов'язані з біологічним фактором (присутність органічного ураження мозку). Біологічні порушення найважчі і впливають із характеру хвороби. Вторинні порушення повністю обумовлені соціальною ситуацією розвитку дитини. Виготський

стверджував, що якщо змінити соціальну ситуацію, то вторинних ознак не буде. У формуванні вторинних відхилень особливе місце займає соціальна депривація – це обмеження соціальних контактів.

У тому випадку, коли корекція неможлива, на перший план виступають компенсаторні завдання (формування просторово-часового орієнтування у сліпих, «тренування» збережених сенсорних систем, навчання ходьби на протезах й ін.).

І, нарешті, той чи інший дефект, те чи інше захворювання потребують обов'язкової профілактичної роботи (рішення профілактичних завдань). Так, наприклад, обмеження мобільності людини вимагає цілеспрямованої діяльності з профілактики захворювань, обумовлених гіподинамією й гіпокінезією.

Зрозуміло, всі перераховані завдання вирішуються в контексті навчання тим чи іншим знанням, умінням, навичкам (освітні завдання); виховання тих чи інших властивостей особистості тих хто займається (виховні завдання); розвитку їх фізичних якостей і здібностей, зміцнення м'язів стопи, вдосконалення постави й ін. (оздоровчо-розвиваючі завдання).

Предметом професійної діяльності в адаптивній фізичної культури як педагога і тих хто займається є цілеспрямоване рішення перерахованих завдань в роботі з особами, які мають відхилення у стані здоров'я та (або) інвалідність, в процесі їх комплексної реабілітації, а також здійснення типового для конкретних історичних умов способу життя, досягнення відповідного рівня його якості.

2.2. Компоненти адаптивної фізичної культури, їх мета та особливості

Виходячи з потреб осіб з відхиленнями у стані здоров'я та інвалідів, можна виділити наступні компоненти (види) адаптивної фізичної культури.

Адаптивне фізичне виховання (освіта) – компонент (вид) адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби індивіда з відхиленнями у стані здоров'я у його підготовці до життя, побутової трудової діяльності; у формуванні позитивного і активного відношення до адаптивної фізичної культури.

У процесі занять адаптивним фізичним вихованням у людей з відхиленнями у стані здоров'я формуються комплекс спеціальних знань, життєво і професійно необхідних сенсорно-перцептивних і рухових умінь і навичок; розвиваються основні фізичні і психічні якості; підвищуються функціональні можливості різних органів і систем; розвиваються, зберігаються і використовуються в новій якості залишилися в наявності тілесно-рухові характеристики.

Основна мета адаптивного фізичного виховання полягає в формуванні у тих, хто займається усвідомленого ставлення до своїх сил, твердої впевненості в них, готовності до сміливим і рішучим діям, подолання необхідних для повноцінного функціонування суб'єкта фізичних навантажень, а також потреби в систематичних фізичними вправами і в здійсненні здорового способу життя відповідно до рекомендацій валеології.

Якщо згадати термінологію, пропоновану Л. Матвєєвим (1983), то слід врахувати, що у зміст адаптивного фізичного виховання (освіти) включено також зміст адаптивної базової (шкільної) і адаптивної професійно-прикладної фізичної культури.

У процесі адаптивного фізичного виховання, яке повинно починатися з моменту народження дитини або з моменту виявлення тієї чи іншої патології, першорядну увагу

приділяється завданням корекції основного дефекту, супутніх захворювань і вторинних відхилень, виробленню компенсаторних механізмів життєдіяльності, якщо корекція не вдається, профілактичній роботі.

Саме тут величезне значення набувають так звані між предметні зв'язки, коли в процесі занять фізичними вправами здійснюється освоєння розумових, сенсорно-перцептивних, рухових дій і понять, відбувається розумовий, моральне, естетичне, трудове та інші види виховання.

Дуже важливий цей компонент адаптивної фізичної культури і у випадку набутої патології або інвалідності, коли людині доводиться заново навчатися життєво і професійно важливим умінням і навичкам (ходьбі на протезах, просторової орієнтації у разі втрати зору і т.п.).

Адаптивний спорт – компонент (вид) адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби особистості в самоактуалізації, в максимально можливій самореалізації своїх здібностей, зіставлення їх зі здібностями інших людей; потреби в комунікативній діяльності та соціалізації.

При багатьох захворюваннях і видах інвалідності адаптивний спорт є практично єдиною можливістю задоволення однієї з найголовніших потреб людини – потреби в самоактуалізації, оскільки професійно-трудова, суспільно-політична та інші види діяльності виявляються недоступними.

Зміст адаптивного спорту (як базового, так і вищих досягнень) спрямоване насамперед на формування у інвалідів (особливо талановитої молоді) високої спортивної майстерності і досягнення ними найвищих результатів у його різних видах в змаганнях з людьми, що мають аналогічні проблеми зі здоров'ям.

Сутнісну основу адаптивного спорту становить змагальна діяльність і цілеспрямована підготовка до пий, досягнення максимальних адаптаційно-компенсаторних можливостей на доступному біологічному рівні, вдосконалення індивідуальної

спортивної техніки за рахунок збережених функцій. Підготовка до змагань розглядається як лікарсько-педагогічний процес, де в оптимальному співвідношенні задіяні лікувальні та педагогічні засоби, що забезпечують реалізацію фізичного, інтелектуального, емоційно-психічного потенціалу спортсмена-інваліда, що задовольняють естетичні, етичні, духовні потреби, спрямування до фізичного вдосконалення.

Адаптивної спорт в даний час розвивається переважно в рамках найбільших міжнародних паралімпійського, спеціального олімпійського та сурдлімпійського рухів.

Виходячи з концепції І. Биховського (1993), який розглядав проблеми людської тілесності в соціокультурному вимірі, тільки адаптивний спорт, з обов'язковою участю інвалідів в навчально-тренувальному процесі та системі різних (включаючи міжнародні) змагання, створює найбільш підходящі умови саме для культурного буття їх тілесності, найважливішим атрибутом якого є спілкування, участь у діалозі двох «Я». Основна мета адаптивного спорту полягає у формуванні спортивної культури інваліда, прилученні його до суспільно-історичному досвіду в даній сфері, освоєнні мобілізаційних, технологічних, інтелектуальних та інших цінностей фізичної культури.

Адаптивний спорт як соціальне явище можна порівняти з лакмусовий папірцем, що дозволяє дати об'єктивну оцінку що реалізується в суспільстві аксіологічної концепції відносин до інвалідам та особам з відхиленнями у стані здоров'я: чи дійсно ми сприймаємо їх як рівних собі, що мають право на самостійний вибір шляху розвитку самореалізації або тільки декларуємо це.

Адаптивна рухова рекреація – компонент (вид) адаптивної фізичної культури, що дозволяє задовольнити потреби людини з відхиленнями у стані здоров'я (включаючи інваліда) у відпочинку, розваги, цікавому проведенні дозвілля, зміні виду діяльності, отриманні задоволення, в спілкуванні.

Зміст адаптивної рухової рекреації направлено на активізацію, підтримку або відновлення фізичних сил, витрачених інвалідом під час будь-якого виду діяльності (праця, навчання, спорт та ін.), На профілактику стомлення, розвага, цікаве проведення дозвілля і взагалі на оздоровлення, поліпшення кондиції, підвищення рівня життєстійкості через задоволення або з задоволенням.

Найбільший ефект від адаптивної рухової рекреації, основна ідея якої полягає в забезпеченні психологічного комфорту і зацікавленості займаються за рахунок повної свободи вибору засобів, методів і форм занять, слід очікувати в разі її доповнення оздоровчими технологіями профілактичної медицини.

Основна мета адаптивної рухової рекреації полягає в прищепленні особистості інваліда перевірених історичною практикою світоглядних поглядів Епікура, який проповідував філософію (принципів) гедонізму, в освоєнні інвалідом основних прийомів і способів рекреації.

Характерними рисами є свобода вибору засобів і партнерів, перемикання на інші види діяльності, широта контактів, самоврядування, ігрова діяльність, задоволення від руху.

Для інвалідів адаптивна рухова рекреація – не тільки біологічно виправдана саморегульована рухова активність, підтримуюча емоційний стан, здоров'я і працездатність, а й спосіб подолання замкнутого простору, психічний захист, можливість спілкування, задоволення особистих інтересів, смаків, бажань у виборі видів і форм занять.

У разі придбанної інвалідності або важкого захворювання адаптивна рухова рекреація може і повинна стати першим етапом, першим кроком в напрямку зняття (подолання) стресу і залученні до адаптивної фізичної культури (адаптивному фізичному вихованню, адаптивному спорту та ін.).

Щоб уникнути чисто термінологічних непорозумінь, підкреслимо, що в навчальному посібнику для інститутів фізичної культури Л. Матвєєв даний вид фізичної культури називає фоновим, додатково включаючи в нього гігієнічну (в рамках повсякденного режиму життя) фізичну культуру.

Адаптивна фізична реабілітація – компонент (вид) адаптивної фізичної культури, що задовольняє потребу індивіда з відхиленнями в стані здоров'я в лікуванні, відновленні у нього тимчасово втрачених функцій (крім тих, які втрачені або зруйновані на тривалий термін або назавжди у зв'язку з основним захворюванням, наприклад, що є причиною інвалідності).

Основна мета адаптивної фізичної реабілітації полягає у формуванні адекватних психічних реакцій інвалідів на те чи інше захворювання, орієнтації їх на використання природних, екологічно виправданих засобів, що стимулюють якнайшвидше відновити організму; в навчанні їх умінням використовувати необхідні комплекси фізичних вправ, прийоми гідровібромасажу і самомасажу, гартують і термічні процедури та інші засоби (Су-Джок акупунктура тощо).

В окремих нозологічних групах інвалідів, головним чином з ураженням опорно-рухового апарату, лікування рухом не закінчується в медичному стаціонарі, а триває все життя на основі само реабілітації.

Креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики адаптивної фізичної культури – компонент (вид) адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби людини з відхиленнями у стані здоров'я (включаючи інваліда) в самоактуалізації, творчому саморозвитку, самовираженні духовної сутності через рух, музику, образ (у тому числі художній), інші засоби мистецтва.

У зв'язку з тим, що в медицині термін «фізична реабілітація» використовується для позначення роботи як з інвалідами, так і з особами, тимчасово що втратили свої функції,

надалі автори підручника будуть використовувати термін «фізична реабілітація».

Безумовно, творчий аспект присутній у всіх перерахованих компонентах (видах) адаптивної фізичної культури, однак саме тут він є головною, провідною метою, самою сутністю даного виду АФК. Саме в креативних тілесно-орієнтованих практиках об'єднання духовного і тілесного почав людини в процесі занять фізичними вправами є обов'язковим, неодмінним атрибутом діяльності, без якого вона в принципі не може існувати.

Фрагменти, елементи, а іноді і добре науково-методично оформлені системи креативних тілесно-орієнтованих практик використовуються в казкотерапії, ігротерапії, формо-коррекційної, ритмо, антистресової пластичній гімнастиці, рухової пластиці, психіатрії та психоаналізі, системі псіхосоматичної саморегуляції, ментального тренінгу, нейролінгвістичного програмування, в системі цілісного руху, в лікувальній релаксаційної пластиці, в тілесно-орієнтованій психотехніці актора, псіхогімнастиці та ін.

Все це зайвий раз підтверджує реальну практичну потребу даного виду адаптивної фізичної культури і, на думку автора цієї глави, неможливість «втиснути» креативні тілесно-орієнтовані практики в адаптивне фізичне виховання, адаптивний спорт, адаптивну рухову рекреацію і фізичну реабілітацію .

Основною метою креативних (художньо-музичних) тілесно-орієнтованих практик необхідно вважати прилучення інвалідів та осіб з відхиленнями у стані здоров'я до доступних видів діяльності, здатним забезпечити їм самоактуалізацію, творчий розвиток, задоволення від активності; зняття психічних напружень («затискачів») і, в кінцевому рахунку, залучення їх у заняття іншими видами адаптивної фізичної культури і в перспективі – у професійно-трудова діяльність.

Екстремальні види рухової активності – компоненти (види) адаптивної фізичної культури, що задовольняють потреби осіб з відхиленнями у стані здоров'я в ризику, підвищеній напрузі, потреби випробувати себе в незвичайних, екстремальних умовах, об'єктивно і (або) суб'єктивно небезпечних для здоров'я і навіть для життя.

Важливо відзначити, що в основі таких потреб людини лежать біологічні передумови.

Важливо відзначити, що в основі таких потреб людини лежать біологічні передумови. Показано, наприклад, що механізми потреби до отримання нового досвіду, пов'язаного з ризиком, загрозою для життя й ін., обумовлені потребою людини в активізації своєї ендогенної оплатної системи, що виконує функції профілактики станів фрустрації, депресії.

Дельтапланеризм, парашутний і гірськолижний спорт, скелелазіння, альпінізм, серфінг, різні види висотних стрибків і пірнання викликають «гострі» відчуття, пов'язані зі станом свобідного падіння в повітрі, швидкісним переміщенням і обертанням тіла, різким прискоренням тощо, які, у свою чергу, активізують ендогенну опіатну систему, сприяють виробленню так званих ендорфінів – гормонів «щастя». При цьому подолання почуття страху призводить до значного підвищення у людини почуття самоповагу, особистісної самореалізації, до відчуття приналежності до елітарним групам соціуму.

Сучасні нейробіологічні дослідження показали, що істотною причиною формування алкогольної та наркотичної залежності є гіпофункція ендогенної опіатної системи (Шабанов, 1999).

Основною метою екстремальних видів рухової активності є подолання психологічних комплексів неповноцінності (невпевненість у своїх силах, недостатнє самоповагу тощо); формування потреби у значних напругах як необхідних умовах саморозвитку та самовдосконалення; профілактика станів фрустрації, депресії; створення у інвалідів та осіб з

відхиленнями у стані здоров'я відчуття повноцінної, повнокровного життя.

Перераховані види (компоненти) адаптивної фізичної культури, з одного боку, носять самостійний характер, так як кожен їх них вирішує свої завдання, має власну структуру, форми і особливості змісту; з іншого, – вони тісно взаємопов'язані. Так, в процесі адаптивного фізичного виховання використовуються елементи лікувальної фізичної культури з метою корекції та профілактики вторинних порушень; рекреативні заняття – для розвитку, переключення, задоволення потреби в ігровій діяльності; елементарні спортивні змагання. Багато спортсмени-інваліди проходять послідовний шлях від фізичної реабілітації в умовах стаціонару до рекреативно-оздоровчого спорту і спорту вищих досягнень.

Якщо для здорової людини рухова активність є природною потребою, реалізованою повсякденно, то для інваліда – це спосіб існування, об'єктивні умови життєздатності. Вона дає незалежність і впевненість у своїх силах, розширює коло знань і спілкування, змінює ціннісні орієнтації, збагачує духовний світ, покращує рухові можливості, підвищує життєвий тонус, фізичне і психічне здоров'я, тобто, відкриває можливості позитивної зміни біологічного і соціального статусу.

Таким чином, адаптивна фізична культура в цілому і всі її види покликані за допомогою раціонально організованою рухової активності як природного стимулу життєдіяльності, використовуючи збережені функції, залишкове здоров'я, природні ресурси і духовні сили, максимально реалізувати можливості організму і особистості для повноцінного життя, самовияву і творчості, соціальної активності та інтеграції в суспільство здорових людей.

У необхідно зазначити, що подальше вивчення соціальних потреб даної категорії населення нашої країни – найактуальніша задача теорії адаптивної фізичної культури.

Вирішення цього завдання дозволить розробити нові її компоненти (види), що значно активізують процеси комплексної реабілітації, соціальної інтеграції та прилучення до здорового способу життя людей з відхиленнями у стані здоров'я.

Тема 3. Принципи і функції адаптивної фізичної культури

Зміст:

3.1. Принципи адаптивної фізичної культури

3.2. Функції адаптивної фізичної культури

3.1 Принципи адаптивної фізичної культури

Принципи (основні установчі положення) адаптивної фізичної культури в діяльності фахівця в даній сфері соціальної практики. Науковці віділяють три основні групи принципів адаптивної фізичної культури: соціальні, загально методичні і спеціально методичні.

Соціальні принципи: гуманістичної спрямованості, соціалізації, безперервності фізкультурної освіти, інтеграції, пріоритетної ролі мікросоціуму – їх характеристика.

Загально методичні принципи: науковості, свідомості й активності, наочності, доступності, систематичності, міцності – особливості застосування в адаптивній фізичній культурі.

Спеціально методичні принципи: діагностування, дифференціації та індивідуалізації, корекційно-розвивальної спрямованості, компенсаторної спрямованості, урахування вікових особливостей, профілактичної спрямованості, адекватності, оптимальності та варіативності – основні принципи в роботі з особами, які мають відхилення у стані здоров'я або інвалідність.

Принципи є складовою частиною методології та являють собою базові теоретичні положення, об'єктивно відображають сутність, фундаментальні закономірності навчання, виховання, всебічного розвитку особистості, ставлення суспільства до цього процесу, міру взаємодії педагога й тих хто займаються. Принципи служать орієнтиром для конструювання практики, професійного вибудовування технологій у відповідності з метою адаптивної фізичної культури.

Соціальні принципи відбивають педагогічні детермінанти культурного і духовного розвитку особистості і суспільства в цілому, включаючи інвалідів та осіб з обмеженими функціональними можливостями, а також існуючі протиріччя.

Принцип гуманістичної спрямованості

Сучасні тенденції гуманізації фізкультурної освіти припускають зміну орієнтирів загальнодержавної політики від «підготовки здорового і фізично розвиненого населення» на підготовку персонально кожної особистості. Відповідно до нової парадигми освіти інтереси розвитку особистості первинні, а суспільства – вторинні, але чим більше розвинена особистість, тим вище інтелектуальний потенціал всього суспільства.

Принцип гуманістичної спрямованості в адаптивної фізичній культурі означає:

- створення рівноправних умов на заняттях фізичними вправами; визнання цінності кожної особистості незалежно від фізичних і розумових здібностей, відставання в розвитку, характеру особистості;

- суто індивідуальне тілесне вдосконалення, орієнтовано на розкриття потенційних можливостей фізичного, психічного, духовного розвитку і саморозвитку особистості;

- свободу вибору доступних форм рухової активності в процесі навчальної, дозвільної, трудової, спортивної діяльності в колективних, індивідуальних, сімейних, самостійних заняттях, що орієнтують на здоровий спосіб життя.

Реалізація цього принципу здійснюється наступними педагогічними підходами:

- Орієнтацією на особистісний розвиток, тобто формування цілей, мотивів діяльності, що спонукають до задоволення потреб самореалізації, пізнавальної, рухової, естетичної діяльності, емоційної безпеки на заняттях фізичними вправами;

– Етикою взаємовідносин, демократичним стилем керівництва й спілкування, проявом довіри, уваги, чуйності, співпереживання, віри в духовні й фізичні сили;

– Варіативністю педагогічних впливів відповідно до індивідуальним фізичним і психічним можливостями, урахуванням стану особистості «тут і зараз».

Принцип безперервності фізкультурної освіти

У структурі адаптивної фізичної культури безперервна фізкультурна освіта означає збереження потреби в руховій активності протягом усього життя: спочатку в сім'ї, потім у обраних установах (дошкільних, шкільних, середніх, вищих), в рекреативно-оздоровчих і спортивних секціях, командах за видами спорту, реабілітаційно-оздоровчих центрах, виробничих колективах, сімейних клубах, самостійних заняттях й ін.

Біологічною основою безперервної фізкультурної освіти особистості є механізм адаптації. Це властивість – головне в забезпеченні життєздатності організму, його виживання і саморозвитку при безупинно мінливих впливах чинників зовнішнього середовища, а також при мінливих станах самого організму. При виникненні патологічних станів адаптація відіграє істотну роль у розвитку різних компенсаторних змін в організмі, захисних механізмів, що протидіють хворобі.

Процес безперервних систематичних занять фізичними вправами надає тренуючий вплив не тільки на біологічні структури і функції організму, але й на соціальну та психічну адаптацію, що б означала пристосування особистості до умов соціального середовища і творче її перетворення. Можна припускає, що безперервну фізкультурну освіту осіб з обмеженими можливостями розраховане саме на цей комплекс адаптивних реакцій організму і особистості: воно задовольняє потреби в цілеспрямованій руховій активності, тілесному здоров'ї, подолання гіподинамії та гіпокінезії, спілкуванні та культурному збагаченні, підвищенні фізичних кондицій і координаційних здібностей, самореалізації в спортивній кар'єрі,

самовихованні й самореабілітації, у вдосконаленні знань, інтересів, ціннісних орієнтацій.

Таким чином, безперервну фізкультурну освіту, втягнення в активні заняття адаптивною фізичною культурою різних соціально-демографічних груп інвалідів та осіб з відхиленнями у здоров'ї вирішує найскладніші завдання соціалізації особистості, залучення людини до ціннісно-нормативної системи суспільства, виховання моральних якостей раціональної організації дозвілля, активного відпочинку, спілкування людей та ін.

Поряд із прямим позитивним ефектом систематичні заняття фізичними вправами знижують вплив ряду негативних факторів: сприяють відмові від шкідливих звичок (алкоголізму, наркоманії, токсикоманії), зниженню рівня травматизму, простудних захворювань, підвищенню стійкості до агресивних факторів зовнішнього середовища.

Усе це позитивно позначається на духовному стані інвалідів і їхньому оточенні, істотно оптимізує життєві інтереси, звички і ціннісні орієнтації.

Принцип соціалізації

У застосуванні до осіб, які мають обмежені можливості, та інвалідам соціалізація – означає процес освоєння соціально-культурного досвіду, підготовку до самостійного життя в суспільстві, активна участь у різних видах корисної діяльності, а також систему цінностей, знань, умінь, установок, норм міжособистісної взаємодії та правил поведінки.

Принцип соціалізації знаходиться в тісному взаємозв'язку з принципом безперервності фізкультурної освіти і має загальну аргументації: соціалізація починається з народження і триває все життя, без тілесного здоров'я як головної людської цінності неможливо освоєння ніяких інших культурних цінностей.

Успішність соціалізації визначається економічною структурою суспільства, ідеологією інститутів освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення, зрілістю громадської думки,

професіоналізмом і компетентністю фахівців, що здійснюють педагогічної діяльності з інвалідами та особами, що мають обмеження функціональні можливості.

У цьому комплексному міждисциплінарному процесі адаптивна фізична культура посідає одне з пріоритетних місць. Кожен компонент адаптивної фізичної культури – адаптивне фізичне виховання, адаптивна рухова рекреація, адаптивний спорт й ін. – мають свої прояви соціалізації. Протягом життя види фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності можуть використовуватися окремо, змінюватися, поєднуватися, ускладнюватися, тобто видозмінюватися у відповідності за віком, функціональними можливостями і потребами конкретної особистості, залишатися унікальним, універсальним способом соціалізації особистості.

Принцип інтеграції

Необхідно розрізняти два поняття: соціальна інтеграція та педагогічна інтеграція.

Соціальна інтеграція припускає активне включення інвалідів та осіб з обмеженими можливостями в культурне, соціальне, трудове життя суспільства разом зі здоровими людьми. Якщо ти, хто оточує, в процесі трудової, культурної чи іншої діяльності не помічають інвалідності й сам інвалід успішно справляється з цією діяльністю, не відчуваючи почуття неповноцінності, реалізує нормативний для сьогодення умов спосіб життя, – ця людина повністю інтегрована у суспільство .

Педагогічна інтеграція передбачає навчання дітей і дорослих із різними дефектами в установах системи освіти – в освітніх школах, середніх та вищих навчальних закладах разом зі здоровими. Педагогічна інтеграція є етапом, що випереджує процес соціальної інтеграції. Це складний двусторонній процес взаємного зближення інвалідів та здорових людей як рівноправних членів суспільства. Мета інтегрованого навчання – підготовка людей з обмеженими можливостями до цього зближення, а здорових – вийти їм назустріч.

Політика держави щодо інтеграції інвалідів, і особливо дітей-інвалідів, повинна будуватися на науково обґрунтованій концепції, мати правові норми і законодавчі документи, стратегію впливу на суспільство в цілому для зміни ставлення до цієї категорії людей та сприяння їх інтеграції.

Можливість інтегрованого навчання багато в чому визначається відносинами здорового оточення до дітей з відхиленнями у розвитку.

Принцип пріоритетної ролі мікросоціуму

Дефект за своєю суттю явище біологічне, але його результат завжди соціальний, так як впливає не тільки на долю дитини, але й рідних. Із появою дитини-інваліда життя сім'ї різко змінюється, виникають проблеми етичного, психологічного, морального, матеріального характеру, звужується коло спілкування. Формується мікросоціум, від якого повністю залежить життя і здоров'я дитини. Разом з тим саме сім'я, будучи першою інстанцією соціалізації дитини, сприяє або перешкоджає її розвитку. Дитина свідомо чи несвідомо засвоює манери поведінки, спілкування, установки, звички у відповідності з уявленнями та ціннісними орієнтації батьків і близьких. Тому так важлива середа, в якій виховується дитина. Тут важливо зазначити, що передача різного роду відомостей, пізнання навколишнього світу, становлення моторики, формування духовного і емоційно-психічного розвитку здійснюється переважно через гру.

На жаль, батьки найчастіше недостатньо інформовані про позитивний вплив фізичних вправ на здоров'я дитини, корекцію рухових і психічних порушень. Необхідна просвітницька робота, створення корекційно-оздоровчих програм, методичних рекомендацій, навчання батьків, консультативна допомога і супровід сімей, де є проблемна дитина.

Загально методичні принципи

Процес неспеціальної фізкультурної освіти осіб з обмеженими можливостями та інвалідів підпорядкований

загальним дидактичним закономірностям, що однаково важливі для вирішення завдань виховання, навчання, розвитку особистості. Успіх педагогічної діяльності визначається не тільки моральними, правовими, етичними категоріям, але головне – професійною компетентністю, науковою обґрунтованістю навчальних програм, особливо авторських, що часто використовуються в практиці адаптивної фізичної культури.

Принцип науковості передбачає:

- знання теорій, концепцій, основних законів, стратегічних ідей і тенденцій, методології, проблем АФК;
- знання біологічних і психологічних закономірностей функціонування організму з патологічними порушеннями, а також практики і досвіду педагогів-новаторів, які працюють з даною категорією людей;
- вміння застосовувати знання на практиці, забезпечуючи обґрунтований вибір змісту, форм і методів, спираючись на закони і принципи навчання, виховання та розвитку, домагаючись максимальної ефективності педагогічного процесу.

Принцип свідомості й активності

Коли народжується дитина з порушеннями у розвитку, то реалізація цих принципів починається з батьків як найбільш зацікавлених у здоров'ї своїх дітей. Так як в дитячому і дошкільному віці дитина повністю залежить від батьків, перше правило для них – усвідомлене і активне використання фізичних вправ у житті дитини з порушеннями у розвитку. Педагогічна освіта батьків є опосередкованою підготовкою кадрів в ранній реабілітації дітей.

Для забезпечення усвідомленого ставлення до рухової діяльності необхідно в кожному віковому періоді цілеспрямовано формувати потреби і мотиви, що стимулюють оволодіння теоретичними знаннями і руховими вміннями, що дозволяють інвалідам та особам з обмеженими можливостями

самостійно користуватися технологіями та програмами здорового способу життя. У практичній діяльності це забезпечується:

- постановкою мети і проміжних завдань на кожному етапі неперервної фізкультурної освіти;
- стимуляцією позитивних мотивів, змістовних орієнтацій та потребами в руховій активності;
- добір адекватного змісту, методів і організаційних форм адаптивної фізичної культури на основі індивідуально-особистісних можливостей з опорою на збережені функції;
- організацію психологічної підтримки шляхом оцінювання результатів діяльності, заохочення за найменші успіхи, позитивного настрою, вселяє оптимізм;
- формуванням умінь аналізувати власний стан, м'язові відчуття, якість рухів й ін.;
- поступовий перехід від зовнішнього виховання до особистої активності та самовиховання: самодисципліни, самоконтролю, самоспостереження, самопобудження, самооцінки та ін.

Принцип наочності передбачає комплексне використання всіх органів почуттів і активізацію збережених функцій в процесі виконання фізичних вправ. У першу чергу він спирається на зорові сприйняття, так як 80 % інформації надходить через зір.

Найбільше ускладнення й своєрідність реалізації принципу наочності представляє у людей з порушенням зору і слуху.

Наочність у сліпих та слабозорих забезпечується насамперед через тактильний аналізатор, при цьому використовуються й інші збереженні аналізатори – залишковий зір, слух, нюх та ін.

Наочність у глухих і слабочуючих має специфічні особливості, обумовлені тим, що через відсутність слухових відчуттів, обмеження або відсутності мовного спілкування.

Компенсація порушень слуху здійснюється за рахунок зорової, тактильно-вібраційної і кінестетичної чутливості, але провідна роль належить мовній функції, з додаванням уточнюючої міміки, жестів, дактильною промовою.

Принцип наочності під час занять фізичними вправами осіб з ураженнями опорно-рухового апарату реалізується через комплексне сприйняття всіх органів чуття з домінуючою спрямованістю на кінестетичні й проприорецептивні відчуття.

Ефективність реалізації принципу наочності вимагає знання й обліку:

- стану основних органів чуття, індивідуальних особливостей чуттєвого сприйняття (домінування зорового, слухового, тактильного та інших аналізаторів);

- дефектів в сенсорній системі, ступеня порушення й стану залишкової функції;

- можливостей компенсації дефекту за рахунок інших органів почуття й активізації збережених.

Принцип доступності передбачає необхідність дотримання посилюючих важких заходів щоб уникнути фізичних, моральних, емоційних.

Доступність залежить, з одного боку, від труднощів, що виникають у процесі виконання завдань: координаційної складності, тривалості та інтенсивності фізичних вправ, методів, що застосовуються, труднощів спілкування, умов зовнішнього середовища, пристосованості спортивних споруд, інвентарю, обладнання й ін.; з іншого – від рухових можливостей тих, хто займається, лімітованих дефектом.

Доступність передбачає не відсутність, а створення заходів, що стимулюють подолання труднощів. Труднощі, на думку Н. Талізіної, це суб'єктивне відчуття реально існуючих

протирич між бажаним і дійсним, що, поступово долаючи, стимулюють інтенсивний розвиток особистості.

У роботі з інвалідами та людьми, що мають обмежені можливості, необхідно дотримуватися таких правил:

- педагогічний вплив повинен відповідати фізичним, психічним, інтелектуальним можливостям тих, хто займається;
- їх реалізація повинна здійснюватися на основі гнучкої індивідуалізації, визначення міри доступних всіх компонентів педагогічного процесу;
- ступінь подолання труднощів повинна стимулювати особистісний розвиток.

Принцип систематичності й послідовності спрямований на поступове, але систематичне формування мотиваційних переконань в необхідності фізичних вправ для особистого здоров'я, впевненості у своїх силах, самоствердження. Вимоги систематичності й послідовності зберігаються на кожному занятті, що дозволяє контролювати педагогічний процес і керувати ним. Це означає своєчасний початок і тривалість розучування одних рухових дій і перехід до інших, забезпечення спадкоємності, доцільний порядок і черговість навантаження, її направленість, координаційну складність, величини і динаміки з урахуванням індивідуальних можливостей тих, хто займається.

У сучасній педагогіці цей принцип означає не просто заняття без невиправданих пропусків, а організований педагогічний процес, в якому викладання й освоєння йдуть в певному порядку, системі і охоплюють діяльнісну сторону як педагога, так і учнів.

Принцип міцності означає не тільки надійне освоєння знань, рухових умінь, розвиток фізичних якостей і здібностей, але й збереження придбаного рухового досвіду на довгі роки. Це тривалий процес, але вирішуються ці завдання на кожному занятті при будь-яких формах рухової активності.

Для міцного засвоєння навчального матеріалу і позитивного ставлення до нього з боку інвалідів та осіб з

обмеженими функціональними можливостями необхідно дотримуватися таких правил:

- враховуються тяжкість і характер рухових порушень, особливості формування рухової сфери, вікові і статеві відмінності, природні можливості інваліда;

- спиратися на збереженій функції;

- індивідуалізувати педагогічні впливи, орієнтуючись на особистісні інтереси і реальні можливості тих, хто займається;

- не поспішати переходити до вивчення нових рухових дій, закріплювати досягнуті успіхи систематичним повторенням вивченого;

- не допускати перевтоми, регулювати навантаження за рахунок варіативності, тривалості, інтенсивності фізичних вправ, пауз відпочинку, перехід на інші види діяльності;

- створювати доброзичливий клімат на занятті, стимулювати рухову активність позитивною оцінкою, схваленням;

- забезпечувати яскраву образну подачу матеріалу і емоційний фон сприйняття;

- активізувати пізнавальну діяльність, використовуючи межпредметні зв'язки;

- формувати знання про фізичну культуру, про себе і свої можливості, що ініціюють самостійні заняття фізичними вправами в будь-якій доступній формі.

Спеціально-методичні принципи

Ці принципи адаптивної фізичної культури побудовані на основі інтеграції принципів суміжних дисциплін і законів онтогенетичного розвитку.

Принцип діагностування для будь-якого виду адаптивної фізичної культури означає облік основного дефекту, якісної своєрідності його структури, часу поразки, медичного прогнозу, показань і протипоказань до занять фізичними вправами, а також облік супутніх захворювань і вторинних відхилень.

Для побудови корекційно-розвивальних програм адаптивного фізичного виховання для педагога важлива інформація про форми і варіантих психічного дизонтогенеза, оскільки процеси ретардації і диспропорції характерні не тільки для психічного, а й фізичного розвитку і потребують корекції.

Практична діяльність педагога вимагає поглибленого знання діагностики психічного стану, так як рух тісно пов'язаний з діяльністю вищих психічних функцій. Спеціаліст адаптивної фізичної культури не проводить діагностику нейропсихического стану, він повинен уміти використовувати її результати як інструмент для розуміння дефекту і вибору правильної стратегії навчання і розвитку дитини. Через рух в силу цілісності організму відбуваються зміни і психічних процесів. Щоб ці зміни носили позитивний характер, недостатньо знати тільки діагноз.

У дітей аномального розвитку одне і те ж порушення (симптом) може бути викликано різними причинами, мати різну локалізацію (топіку) ураження мозку, механізми і закономірності протікання, і методи подолання порушень будуть залежати від цих причин. Слід також враховувати, що при аномальному розвитку психічної сфери порушення одного будь-якого психічного процесу веде до системного порушення інших, з ним пов'язаних. Нерідко причиною несформованості тих чи інших психічних функцій є затримка дозрівання певних зон мозку без патологічних порушень. Це принципіально змінює програму педагогічних впливів, вимагає дифференціації і більш тонкої індивідуалізації.

Ефективність навчання дітей з порушеннями розвитку залежить від багатьох факторів, але насамперед від раннього виявлення дефектів.

Принцип диференціації та індивідуалізації

Диференційований підхід в адаптивному фізичному вихованні означає об'єднання дітей у відносно однорідні групи. Первинну диференціацію здійснює медико-психолого-

педагогічна комісія, що формує типологічні групи дітей, подібні за віком, клініці основного дефекту, показниками соматичного розвитку. Однак фізична підготовленість, руховий досвід, готовність до навчання, якісні та кількісні характеристики рухової діяльності в цих групах (класах) надзвичайно варіативні, тому для проведення уроків фізичного виховання потрібна більш тонка диференціація учнів, яку здійснює вчитель фізичної культури.

Індивідуальний підхід означає врахування особливостей, властивих одній людині. Ці особливості стосуються статі, віку, статури, рухового досвіду, властивостей характеру, темпераменту, волевих якостей, стану збережених функцій – рухових, сенсорних, психічних, інтелектуальних. Сутність індивідуалізації педагогічного процесу полягає в тому, щоб, спираючись на конкретні здібності і можливості кожної дитини, створити максимальні умови для її зростання. При індивідуальній формі занять принцип реалізується повністю і залежить від професійної компетентності й методичної майстерності вчителя.

Один з напрямків реалізації принципу – визначення індивідуальних освітніх завдань, що орієнтовані на унікальність і своєрідність особистості у всіх її проявах. В адаптивному фізичному вихованні такий підхід передбачає розробку алгоритмів навчання, виховання, корекції, розвитку з метою фізкультурної освіти особистості.

Принцип корекційно-розвиваючої спрямованості педагогічного процесу.

Висунутий Л. Виготським в 30-і роки, цей принцип і на сьогодні є провідним у спеціальній педагогіці.

Сутність принципу полягає в тому, що педагогічний вплив повинен бути спрямований не тільки на подолання, згладжування, вирівнювання, ослаблення фізичних і психічних недоліків дітей аномального розвитку, а й на активний розвиток

їх пізнавальної діяльності, психічних процесів, фізичних здібностей і моральних якостей.

В адаптивній фізичній культурі корекційно-розвиваючі завдання спрямовані на забезпечення повноцінного фізичного розвитку, підвищення рухової активності, відновлення й вдосконалення психофізичних здібностей, профілактику і попередження вторинних відхилень.

Практика показує, що порушення в розвитку приводять в першу чергу до розладу координації рухів. Стійкість вертикальної пози, збереження рівноваги і впевненої ходи, здатність порівнювати і регулювати свої дії в просторі, виконуючи їх точно, вільно, без напруги і скутості – це ті властивості, що необхідні дитині для нормальної життєдіяльності. Існування відставання від здорових однолітків спостерігаються і в розвитку фізичних якостей: сили основних м'язових груп тулуба і кінцівок, швидкості рухів, витривалості, швидкісно-силових якостей, рухливості в суглобах

Відставання у фізичному розвитку може становити від 1 до 3-х років.

Саме тому в роботі з дітьми, які мають стійкі порушення у розвитку, корекційно-розвиваючої спрямованості адаптивного фізичного виховання займає пріоритетне місце серед інших принципів і є його сутнісною основою.

Принцип компенсаторної спрямованості педагогічних впливів.

Принцип полягає у відшкодуванні недорозвинених, порушених або втрачених функцій за рахунок перебудови або посиленого використання збережених функцій і формування обхідних шляхів.

Так, при порушенні зору компенсація формується під впливом комплексу збережених відчуттів: слухових, шкірних, м'язово-суглобових, нюхових, вібраційних, температурних, що досить докладно інформують людину про навколишній простір, що й дозволяє їй вирішувати складні рухові завдання.

Таким чином, сенс принципу компенсаторної направленості педагогічних впливів полягає в тому, щоб за допомогою спеціально підібраних фізичних вправ, методів і методичних прийомів стимулювати компенсаторні процеси в пошкоджених органах і системах за рахунок активізації збережених функцій, створюючи з часом стійку довготривалу компенсацію.

Принцип урахування вікових особливостей

Кожен конкретний вік в цілісному онтогенетичному фізичному і психічному розвитку унікально неповторний: він містить як провідні «точки зростання», що визначають розвиток в цілому, так і фактори, що його лімітують. Рухова функція людини характеризується етапністю розвитку систем рухів людини, колевальним характером цих систем, періодів прискореного розвитку, високим ступенем індивідуальності рухових проявів.

Процес адаптивного фізичного виховання, спрямований на всебічний розвиток особистості кожної дитини, повинен спиратися на ці закономірності.

1.) Єдність генетичного ходу розвитку

Дитина з порушеннями у розвитку проходить усі стадії онтогенетичного розвитку, що й здорова дитина. Відмінності полягають в темпах фізичного і психічного розвитку, кінцевому результаті і способах його досягнення. Розвиток особистості дитини, її фізичних здібностей та пізнавальної діяльності залежить від основного дефекту і вимагає більшого часу, інших засобів і методів.

2) Максимальне використання сенситивних періодів розвитку, процес індивідуального розвитку відбувається нерівномірно й не одночасно. Періоди стабілізації і плавного розвитку психічних, фізіологічних, рухових функцій змінюються прискореннями. Ті вікові періоди, в які організм найбільш чутливий до певного роду впливам, мають назву сенситивні, або критичні, оскільки вони справляють істотний

вплив на подальші етапи розвитку та увесь життєвий цикл. Для навчання рухових дій сенситивним періодом вважається вік 5–10 років, а віковий інтервал від 7 до 10–12 років переважно для розвитку всього спектру фізичних якостей і координаційних здібностей. Тому природно вважати його важливим для організованої закладки потенціалу рухової активності людини. Цей же час є оптимальним для формування усвідомленої мотивації для тілесного розвитку та вироблення звички піклуватися про своє здоров'я.

Біологічний вік дитини з порушеннями у розвитку, як правило, відстає від паспортного. Рівень її психічних і фізичних здібностей суто індивідуальний, як індивідуальні й сенситивні зони; важливо їх не пропустити, на них орієнтуватися і максимально використовувати для розвитку і особистісного зростання.

3) Облік зони найближчого розвитку.

При розробці проблеми взаємного навчання та розвитку для дітей нормального розвитку і з порушеннями Л. С. Виготський вводить поняття «зона актуального розвитку» і «зона найближчого розвитку», під якими мається на увазі в першому випадку така підготовка учня, що надає йому можливість діяти самостійно, у другому – можливість виконувати завдання за допомогою учителя (або батьків) те, що самостійно зробити поки не вдається.

Зона найближчого розвитку визначає не тільки психічний, а й фізичний розвиток, що знаходяться в процесі дозрівання, надає уявлення про потенційні можливості розвитку, що, у свою чергу, дозволяє робити науково обґрунтований прогноз і практичні рекомендації про оптимальні терміни навчання дітей з обмеженими функціональними можливостями.

Виявлення актуального і потенційного рівнів фізичного розвитку, зони найближчого розвитку може бути основою нормативної вікової діагностики для різних нозологічних груп.

Принцип адекватності, оптимальності та варіативності педагогічних впливів.

Ці принципи впливають із визнання постулату: рух, рухова активність для дітей з обмеженими можливостями це об'єктивне і життєво необхідна умова існування, підтримки «залишкового» здоров'я, розвитку і самовдосконалення ідивідуальних можливостей.

Принцип адекватності означає вимогу, щоб вибір засобів, методів, методичних прийомів відповідав стану тих, хто займається. Функціональний стан організму і реальні можливості вирішення конкретних педагогічних завдань визначаються безліччю постійно діючих факторів, що лімітують рухову активність і впливають на процес адаптації. Принцип адекватності передбачає врахування наступних чинників: тяжкості основного дефекту, характеру супутніх захворювань і вторинних порушень, вікові особливості, індивідуальні темпи розвитку, стан рухової функції, особливо локомоторної, збереження сенсорних систем, інтелекту, здатність до навчання, наявність рухового досвіду схильність, інтерес і природні задатки до тих чи інших видів фізичних вправ.

Принцип оптимальності означає розумно збалансовані величини психофізичного навантаження, доцільну стимуляцію адаптаційних процесів, що визначаються силою і характером зовнішніх стимулів. Як стимули виступають фізичні вправи, різні за характером, спрямованістю, складні за координацією, а також фізичному навантаженні, що повинна відповідати оптимальним реакціям організму.

Принцип варіативності означає нескінченне різноманіття змісту і можливостям руху. Сенс варіативності полягає не тільки в тому, щоб уникнути монотоності, звикання до одноманітного фізичного навантаження. Люди з обмеженими можливостями внаслідок вимушеної гіподинамії відчувають руховий і емоційний голод, дефіцит спілкування, тому різноманітність рухової діяльності, особливо ігрової, хоча б

частково компенсує ці негативні явища. У практичній діяльності принцип виражається в варіюванні фізичних вправ і умов їх виконання, методів і методичних прийомів словесного і звукового впливу, показу, сенсорних відчуттів, способів регулювання емоційного стану тих, хто займається. Вибір можливих поєднань перерахованих ознак варіативності обумовлений віком, індивідуальністю тих, хто займається, конкретними педагогічними завданнями і повинні відповідати принципам адекватності й оптимальності.

3.2. Функції адаптивної фізичної культури

Функції адаптивної фізичної культури впливають з її сутності й відображають її структуру. У її структурі усі її складові (адаптивне фізичне виховання, адаптивний спорт, адаптивна рухова рекреація, фізична реабілітація, лікувальна фізична культура) перебувають у нерозривному взаємозв'язку, взаємно переходять і доповнюють один одного й проявляються в єдності.

У адаптивній фізичній культурі виділені 2 групи функцій: педагогічні, властиві тільки їй і реалізуються в процесі занять фізичними вправами, і соціальні як результат спільної діяльності з іншими соціальними інститутами.

ПЕДАГОГІЧНІ ФУНКЦІЇ:

1. Корекційно-компенсаторна функція. Є провідною для всіх видів адаптивної фізичної культури. Різноманіття корекційних завдань дозволило виділити наступні основні напрями:

- корекція, профілактика та розвиток сенсорних функцій – зорової, слухової, кінестетичної, тактильної, вестибулярної та ін.;
- корекція психічних порушень – уваги, пам'яті, мови, уявлень, сприйняття, емоційно-вольової сфери, поведінки, мотивації, особистісних установок;

- корекція соматичних порушень – постави, плоскостопості та ін. Деформацій статури, дихання, серцево-судинної системи й інших порушень;
- корекція координаційних здібностей – узгодженості рухів окремих ланок тіла, точності тонкої моторики рук, орієнтування в просторі, рівноваги, розслаблення та ін .;
- корекція порушень фізичної підготовленості цілеспрямоване «підтягування» тих, хто відстає у розвитку фізичних якостей, що обмежують рухову активність;
- корекція техніки основних рухів – просторових, тимчасових, динамічних, ритмічних характеристик в ходьбі, бігу, стрибках, метанні та ін .;

Даний розподіл носить теоретичний характер, в практичній роботі таких розмежувань немає. Одна вправа одночасно може вирішувати кілька завдань.

ПРОФІЛАКТИЧНА ФУНКЦІЯ.

У широкому сенсі профілактика в охороні здоров'я розглядається як загальнодержавне завдання попередження захворювань, що вимагає координації інформаційної, просвітницької роботи серед населення, створення технологій широкомасштабних заходів оздоровлення, діагностики та контролю за станом здоров'я.

Для всіх інвалідів без винятку з метою боротьби з негативними наслідками гіподинамії профілактична функція полягає в очевидній доцільності всіх доступних видів рухової активності, а також гігієнічних і природних факторів загартовування організму і впровадження їх у повсякденне життя. Роз'яснювальна робота стосується дотримання рухового режиму, відпочинку і раціонального харчування, збереження та формування постави, ліквідації шкідливих звичок та ін. заходів.

В умовах стаціонару профілактична функція лікуваної фізичної культури спрямована на попередження ускладнень,

зумовлених малорухливим або обмеженим руховим режимом, а також на стримування можливих вторинних відхилень у системах організму.

Перспективним, але маловивченим засобом профілактики станів фрустрації, депресії є екстремальні види рухової активності.

ОСВІТНЯ ФУНКЦІЯ.

У широкому сенсі являє частину освітньої діяльності людини, пов'язану із задоволенням потреби в специфічних знаннях, уміннях, навичках і якостях в галузі фізичної культури. Це безперервний процес фізичної освіти особистості протягом усього життя – в сім'ї, в навчальних закладах, лікувальних установах, в процесі самоосвіти.

У вузькому сенсі освітня функція представляє формування знань і рухових умінь на оптимальному для життєдіяльності кожної людини рівні. Ця функція пронизує всі види АФК, але особливо яскраво виражена в адаптивному фізичному вихованні та адаптивному спорті.

РОЗВИВАЮЧА ФУНКЦІЯ.

Порушення фізичного розвитку і фізичної підготовленості є закономірними для всіх нозологічних груп, тому розвиваюча функція АФК полягає в цілеспрямованому впливі на розвиток м'язової сили, швидкості, витривалості, спритності, координаційних здібностей. Їх розвиток відбувається за рахунок перебудови і вдосконалення регуляції фізіологічних функцій, мобілізації резервних ресурсів, активізації захисних сил організму, адаптації всіх систем і функцій організму, вольових зусиль.

Розвиваюча функція реалізується у всіх видах АФК. Адаптивне фізичне виховання створює початкову базу для різнобічного розвитку фізичних здібностей і рухових навичок, формує передумови для їх подальшого розвитку. Адаптивний спорт надає можливість повніше розкрити ці здібності,

випробувати радість і повноту життя від володіння своїм тілом і здатності долати труднощі.

ВИХОВНА ФУНКЦІЯ.

На виховання особистості людини з обмеженими функціональними можливостями впливають середовище, сім'я, вчителі та наставники, лікарі, психологи, друзі однолітки, природа, мистецтво, освіта та ін. фактори. Мета виховання – усебічний гармонійний розвиток особистості, розкриття її потенційних можливостей при звужених сенсорних, моторних, інтелектуальних функціях, дисгармонічному розвитку і дезадаптації.

Педагогічні завдання:

1. Виховання адекватної оцінки власних фізичних і психічних можливостей, подолання комплексів невпевненості, неповноцінності;

2. Виховання усвідомленого і активного ставлення до тілесного здоров'я, систематичних занять фізичними вправами;

3. Формування позитивної мотивації, стійкого інтересу і потреби до фізкультурної діяльності;

4. Виховання гуманного ставлення до себе і оточуючих, формування комунікативних відносин;

5. Виховання відповідальності, ініціативи, цілеспрямованості, творчості, наполегливості в подоланні труднощів;

6. Виховання дисципліни, вміння управляти своїми емоціями, підкорятися загальним правилам і нормам соціальної поведінки;

7. Формування навичок самовиховання: самоорганізації, самодисципліни, самоспостереження, самооцінки, самоконтроля, самообмеження, самонавіювання, самопобудження, саморегуляції, самореабілітації та ін..

ЦІННІСНО-ОРІЄНТАЦІЙНА ФУНКЦІЯ.

Цінності АФК пов'язані з освоєнням, вдосконаленням, підтриманням, відновленням, самореалізацією фізичних і

духовних сил людини. Саме в цій єдності діяльності реалізується культурно-духовні потреби, формуються вміння і навички, здібності, самовиховання, комунікативні відносини, самовизначення в суспільстві. Стале залучення до цінностей АФК є запорукою здоров'я, життєздатності, формування здорового способу життя. Але для кожної окремо взятої людини мають значення цінності індивідуального існування, що включають пізнання самої себе, ставлення до фізкультурної діяльності й реальну поведінку. Ціннісні орієнтації, мотиви і потреби можуть бути різними – зміцнення здоров'я, корекція статури й фізичного розвитку, перспектива завести нові знайомства, піти від самотності і замкнутого життєвого простору, отримати певний статус, домогтися максимальні спортивних результатів, задовольнити емоційні та естетичні потреби, придбати знання і досвід для самостійних занять.

ЛІКУВАЛЬНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНА ФУНКЦІЯ.

Ця функція є головною у фізичній реабілітації. Лікувальне застосування фізичних вправ ґрунтується на педагогічних, психологічних і фізіологічних закономірностях формування рухів і управління ними. Кінцева мета – відновлення людини як особистості, прискорення відновних процесів після травм, захворювань, запобігання або зменшення інвалідизації.

Її досягнення забезпечується реалізацією таких положень:

- Застосуванням обґрунтованих методів патогенетичного лікування;
- Диференціацією завдань і напрямів впливів фізичними вправами;
- Раннім активним використанням відновлюваного лікування;
- Активною участю хворого в цьому процесі.

ПРОФЕСІЙНО-ПІДГОТОВЧА ФУНКЦІЯ.

Актуальність цієї функції обумовлена тим, що після закінчення навчального закладу перед інвалідами постає

проблема зайнятості, конкурентоспроможності на ринку праці, задоволення потреби в діяльності, економічної незалежності.

Формування професійної орієнтації у дітей з дефектами розвитку починається з раннього віку в сім'ї, дошкільному закладі і включає:

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

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

- Розвиток професійно важливих умінь, фізичних і психічних здібностей.

За участю великої кількості фахівців у професійній підготовці інвалідів частина її є самостійним розділом адаптивного фізичного виховання. Всю роботу від складання програми до її практичної реалізації здійснює вчитель фізичної культури.

ТВОРЧА ФУНКЦІЯ.

Полягає в розкритті багатогранних здібностей людей з обмеженими можливостями в різних видах фізкультурної діяльності. Наприклад, фізична рекреація – найбільш масова і демократична форма активного відпочинку інвалідів – часто будується на принципах самоорганізації. Ця діяльність вимагає спеціальних знань, вигадки, ініціативи, творчості в організації та використанні фізичних вправ, модернізації обладнання, місць занять, освоєнні територій, що задовольняють рухові і емоційно-естетичні потреби різних вікових і нозологічних груп інвалідів. Найбільший розвиток творча функція отримує в креативних (художньо-музичних) тілесно-орієнтованих практиках. Для дошкільнят різних нозологічних груп вибираються такі форми креативних тілесно-орієнтованих практик, в яких вони можуть розвинути і продемонструвати свої максимальні здібності та фантазію, характер і особистісні якості.

РЕКРЕАТИВНО-ОЗДОРОВЧА ФУНКЦІЯ.

Реалізується як задоволення потреби в активному відпочинку, змістовному розвазі, як засіб переключення на інший вид діяльності, відновлення фізичних і духовних сил. У сім'ї, має інваліда, закладається початковий процес гуманізації, зміцнення сімейних відносин. У навчальній і трудовій діяльності рухова рекреація завжди носить організаційний характер: вступна гімнастика, ранкова зарядка, профілактична гімнастика й ін. В умовах дозвілля рухова рекреація включає найрізноманітніший склад фізичних вправ і форм занять, основні з них – рухливі та спортивні ігри.

ГЕДОНЕСТИЧНА ФУНКЦІЯ. (від грец. – насолода, задоволення)

Виявляється в видах рухової діяльності, що доставляють радість, захоплення, відчуття радості. Люди з різними порушеннями і обмеженнями у русі гостріше переживають навіть щонайменші успіхи у своїх рухових здібностях. Вони щиро висловлюють свої почуття, радіють можливості ходити, грати, змагатися, спілкуватися, перемагати.

СПОРТИВНО-ЗМАГАЛЬНА ФУНКЦІЯ.

Активно розвивається в даний час адаптивний спорт, включає в себе 3 різновиди: паролімпійський, спеціальний олімпійський рух і сурдлімпійський рух (проводяться Всесвітні ігри глухих – «Тихі ігри»). Для даного контингенту тренувальний процес і участь у змаганнях є дієвими способами фізичної, психічної, соціальної адаптації.

СОЦІАЛЬНІ ФУНКЦІЇ:

Гуманістична функція. Ідея гуманізму полягає у визнанні людини найвищою цінністю у всій її тілесній і духовній неповторності. Гуманістична функція у сфері АФК передбачає орієнтацію на особистісний розвиток:

– формування усвідомленого ставлення й потреби до будь-яким форм рухової активності як необхідній умові життєзабезпечення;

– формування знань, рухових умінь, фізичних якостей і здібностей для створення передумов до повноцінного самостійного життя, навчальної, професійної та іншим видам діяльності;

– освоєння інтелектуальних, валеологічних, моральних, етичних, естетичних цінностей фізичної культури, що сприяють створенню умов рівної особистості, свободи самовияву, самореалізації та самоактуалізації.

Соціалізуюча функція. Під соціалізацією розуміється процес включення людини в життя суспільства, засвоєння досвіду соціального життя, зразків поведінки, соціальних норм, ролей і функцій, входження в соціальне середовище і соціальні групи (Н. І. Пономарьов, 1996). Соціалізація – складне багатогранне явище, для осіб з відхиленнями у стані здоров'я, особливо інвалідів, виступає в якості мети, оскільки рівноправне входження людини в творче суспільне життя висуває високі вимоги до всебічного розвитку особистості. АФК для даної категорії людей виступає як фундаментальна основа підготовки до самостійного життя та необхідна умова життєзабезпечення, духовного та фізичного розвитку.

Інтегративна функція.

Інтегративна функція розкривається у включенні різних категорій інвалідів в соціальні системи, структури, соціуми, призначені для здорових людей, активну участь в основних напрямках життя і діяльності, самореалізацію і розкриття особистісних здібностей. Інтеграція в суспільство дітей з обмеженими можливостями здоров'я включає:

– вплив суспільства і соціального середовища на особистість дитини з відхиленнями у розвитку;

– активна участь у даному процесі самої дитини

– вдосконалення самого суспільства, системи соціальних відносин, що в силу жорсткості вимог до своїх потенційних суб'єктам виявляється недоступною для дітей з обмеженнями життєдіяльності.

Комунікативна функція.

Спілкування як соціальний процес має особливе значення для інвалідів, оскільки входить у зміст людського взаєморозуміння. У спілкуванні відбивається потреба людини в емоційному контакті, в прояві своїх почуттів і відповідному розумінні, отриманні інформації, відчутті включеності в якусь діяльність. Діти-інваліди через меншу мобільності мають обмежені можливості спілкування, складність спілкування полягає в тому, що багато з них мають відхилення в розвитку мови. Найчастіше зустрічаються: дизартрія, заїкання, при яких в якості вторинних порушень виступають обмеженість мислення, утруднення в читанні і письмі, мовної функції, відхилення в емоційно-вольовій сфері.

Видовищна та естетична функції.

Видовище розглядається як особливий вид реалізації потреби у специфічній діяльності, пов'язаної з естетичним, емоційним задоволенням, співпереживанням. Для дітей з порушенням у розвитку, обмежених у спілкуванні, русі, грі, видовищна функція має особливе значення. З раннього віку дитина повинна бачити, розуміти, відчувати красу, прагнути до неї.

Змістовний модуль 2

Тема: МЕТОДИКА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Тема 1. Особливості розвитку фізичних здібностей та навчання руховим діям у адаптивній фізичній культурі

Зміст

- 1.1. Розвиток фізичних якостей
- 1.2. Навчання руховим діям

1.1. Розвиток фізичних якостей

Фізичні якості – це вроджені морфо функціональні здібності, завдяки яким можлива фізична активність, демонстрована в доцільною руховою діяльністю.

Фізичні здібності – це комплекс морфологічних і психофізіологічних властивостей людини, що відповідають вимогам будь-якого виду м'язової діяльності й забезпечують ефективність її виконання.

Фізичні здібності – сукупність психічних, морфологічних і фізіологічних компонентів організму людини, єдність яких забезпечує готовність хворого або інваліда до побутової, виробничої, спортивної та іншим видам соціальної діяльності.

Основні закономірності розвитку фізичних здібностей:

1. Рух – провідний чинник розвитку фізичних здібностей.
2. Єдність і взаємозв'язок між руховими вміннями та фізичними здібностями.
3. Залежність розвитку фізичних здібностей від рухових режимів.
4. Етапність розвитку фізичних здібностей.
5. Нерівномірність і гетерохроність розвитку фізичних якостей.

6. Оборотність показників розвитку фізичних здібностей.
7. Перенесення фізичних якостей.

Принципи розвитку фізичних здібностей

Головна особливість всіх видів адаптивної фізичної культури полягає в тому, що кожную вправу і навантаження загалом несуть корекційну спрямованість, а їх багаторазове повторення – розвиваючу.

1. Принцип зв'язаного розвитку координаційних і кондиційних фізичних здібностей.
2. Принцип вікової адекватності педагогічних впливів.
3. Принцип оптимальності педагогічних впливів.
4. Принцип варіативності педагогічних впливів.
5. Принцип діагностики рівня розвитку фізичних здібностей.

Силові здібності

В умовах виконання фізичних вправ зусилля може проявлятися одноразово, багаторазово в циклічних і ациклічних рухах, проти великого або невеликого опору, з високою швидкістю або повільно, при різному стані м'язів – розслабленому або напруженому. При цьому можуть мати місце різні режими роботи м'язів: динамічний (переборює і поступається), ізометричний (статичний) і численні форми змішаного режиму. В залежності від переважної ролі цих факторів розвиваються ті чи інші форми силових здібностей – власне силові або швидкісно-силові.

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, інтенсивність ресинтезу АТФ;
- тип вищої нервової діяльності, особливості характеру і поведінки.

Засобами силової підготовки є вправи з підвищеним опором, що припускають свідомий і активний вплив на організм з метою вдосконалення його анатомічних, фізіологічних і психологічних властивостей.

Виділяють наступні 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.

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 розвиток всіх м'язових груп, розглядається як базовий рівень силових здібностей;

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

В якості методу розвитку м'язової сили для інвалідів з ураженнями опорно-рухового апарату застосовується електроміостимуляція, що, як і силові вправи, призводить до збільшенню фізіологічного поперечника і сили м'язів.

Швидкісні здібності

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 витратою 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, орієнтування в просторі та ін.);
- ступінь освоєння техніки рухової дії;
- тип вищої нервової діяльності, особливості характеру і поведінки.

У інвалідів та осіб з обмеженими можливостями як мінімум один або декілька 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, схоронності сенсорних систем і психічних функцій та ін..

Швидкісні здібності мають складну структуру, в якій виділяють:

- здатність швидко реагувати на зовнішній сигнал (2 типу реакцій: проста – час реагування рухом на раптовий сигнал і складна – двох видів реакція на рухомий об'єкт і реакція вибору);

- здатність до швидкого виконання одиночних рухових дій;
- здатність підтримувати максимальний темп рухів;
- здатність до швидкого початку дій (стартове прискорення).

Розвиток швидкісних здібностей необхідно проводити диференційовано, удосконалюючи окремо незалежні форми їх прояви.

Витривалість

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 функціональним системам і залежить від їх стану:

- функціональний потенціал ЦНС;
- функціональний потенціал опорно-рухового апарату;
- функціональний потенціал вегетативних функцій (серцево-судинної та дихальної);
- наявність енергетичних ресурсів в організмі;
- особистісно-психологічні особливості (тип вищої нервової діяльності, властивості темпераменту, характер, здатність до вольових зусиллям);
- 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, вміст молочної кислоти в крові та ін.).

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

Розвиток гнучкості

Гнучкість – 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 (суглобовий поверхні, суглобових капсул, позасуглобових зв'язок, наявність вираженої чи набутою тугоподвижності);

– 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 – здатність досягати максимальної амплітуди рухів за

рахунок роботи м'язів, що проходять через суглоб, пасивная – за рахунок дії сторонніх сил.

При розвитку гнучкості необхідно враховувати деякі загальні закономірності:

1. Розвиток гнучкості тісно пов'язане з розвитком м'язової сили. Але гіпертрофія м'язів, що викликається масованим застосуванням силових вправ, може призвести до обмеження розмаху рухів. З іншого боку, форсований розвиток гнучкості без розмірного зміцнення м'язово-зв'язкового апарату може викликати «розпущеність» в суглобах, перерастяження, порушення постави.

2. Для розвитку активної гнучкості поряд з розтягуючою вправами, які виконуються за рахунок м'язових зусиль, ефективні і силові вправи динамічного і статичного характеру, а також повільні динамічні вправи з утриманням статичних поз в кінцевій точці амплітуди.

3. Активна гнучкість розвивається в 1,5–2 рази повільніше, ніж пасивна.

Прийнято розрізняти гнучкість загальну і спеціальну. У адаптивної фізичній культурі загальна гнучкість реалізується у всі вікові періоди життя і полягає у всебічному поступальному її розвитку, що гарантує достатньо повну амплітуду в різних видах рухів.

Спеціальна гнучкість реалізується в двох напрямках:

1) в адаптивному спорті, де підвищення рухливості в суглобах досягається підбором споріднених за структурою вправ, впливають на суглоби і м'язи, що визначають результат в обраному виді спорту;

2) в процесі відновлення рухливості суглобів засобами ЛФК.

Координаційні здібності

Координаційні здібності – це сукупність психологічних, морфологічних, фізіологічних компонентів організму (інвалідів та осіб з обмеженими можливостями), єдність яких у межах

функціональної системи забезпечує продуктивну рухову діяльність, тобто вміння доцільно будувати рух, керувати ним і в разі потреби швидко перебудовувати його.

До чинників, впливає на прояв координаційних здібностей інвалідів, відносяться:

- функціональний стан центральної і периферичної нервової системи;

- рівень між'язової координації, що забезпечує техніку рухових дій;

- тип вищої нервової діяльності, особливості характеру і поведінки;

- стан вищих психічних функцій, психологічна стійкість, здатність аналізувати і швидко приймати рішення в умовах раптово змінених умов;

- функціональний стан рухового, зорового, слухового, тактильного та інших аналізаторів.

У структуру координаційних здібностей входять наступні складові:

1. Координація рухів-здатність до впорядкованим узгодженим рухам тіла і його частин.

2. Диференціювання зусиль, часу, простору і ритма-комплексна характеристика, що відображає точність оцінювання, відмірювання та відтворення заданих параметрів руху.

3. Орієнтування в просторі – здатність до визначення і зміни положення тіла і окремих його частин в просторово-часовому полі.

4. Ритмічність рухів – здатність засвоєння заданого ритму рухів.

5. Рівновага – здатність до збереження стійкої пози в статичних і динамічних вправах, на обмеженій, рухомий опорі, при дії прискорень.

6. Швидкість реагування – здатність відповідати рухом на різні зовнішні сигнали (зорові, слухові).

7. Точність дрібної моторики – здатність відтворювати тонкі рухи кистями, пальцями рук відповідно за поставленими завданнями.

8. Розслаблення – здатність до довільного і раціонального зниження напруги м'язів.

1.2. Навчання руховим діям

Словесні та наочні методи тісно пов'язані з безпосереднім виконанням фізичних вправ і відображають інформаційну сторону навчання. Методами, спрямованими на формування рухових дій, традиційно вважаються методи розчленованого і цілісного навчання.

Як зазначалося раніше, ще Л. Виготський у 30-ті роки одним з провідних принципів навчання дітей з порушеннями у розвитку вважав «принцип подроблення». Подроблення й послідовне освоєння частин цілісного вправи є характерною рисою навчання в різних видах адаптивної фізичної культури, що обумовлено наступними обставинами:

- багато фізичних вправ мають досить складну координаційну структуру і вимагають від тих, хто займається орієнтуванням в просторі, узгодженості рухів, рівноваги, точного відтворення силових, тимчасових, просторових характеристик руху, але саме ці здібності погано розвинені у людей з сенсорними, інтелектуальними, руховими порушеннями;

- вивчення складних за структурою фізичних вправ вимагає багато часу, і це може знизити інтерес до навчальної діяльності займаються. У силу психологічних особливостей діти з порушеннями у розвитку потребують частих перемикань і швидкому успіху;

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

– на етапі реабілітації після травм і захворювань в силу обмежених можливостей рухового апарату цілісний рух неможливий. Наприклад, відновлення локомоторної діяльності після ураження спинного мозку здійснюється за етапами і послідовно: від пози стоячи на колінах з опорою на руки, повзання до вертикальної пози і потім ходьби;

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

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

Метод цілісного навчання полягає у вивченні з самого початку фізичної вправи в повному обсязі її структури. Використовується при навчанні простим вправам, тим, які не діляться на частини, або при закріпленні вивчених по частинах і об'єднаних в ціле вправ.

Допоміжними методами вдосконалення цілісної рухової дії служать підвідні вправи, що містять у своїй структурі елементи основної вправи, і імітаційні, повністю відтворюють структуру основної вправи в інших умовах. Ці спеціальні вправи призначені для вдосконалення ключових фаз руху, закріплення та корекції динамічних і кінематичних характеристик техніки, а також розвитку фізичних якостей, необхідних для виконання досліджуваної рухової дії.

У адаптивному фізичному вихованні дошкільнят і молодших школярів імітаційні вправи використовуються з наслідуванням рухам і звукам тварин, комах і ін., при цьому

розвиваються не тільки рухові можливості, а й увагу, уявлення, фантазія.

У даний час для інвалідів та осіб з обмеженими можливостями широкого поширення набули тренажерні пристрої, що дозволяють не тільки навчати рухам, а й контролювати дії тих, хто займається, що дає можливість розширити процес освоєння цілісних складних координаційних рухових дій.

Навчання руховим умінням є необхідною базовою основою для підвищення рухової активності інвалідів та осіб з обмеженими можливостями. Головне завдання полягає в тому, щоб результати цієї діяльності знайшли застосування в житті, побуті, спорті, стали потребою людини. Для цього процес навчання має бути емоційно насиченим, різноманітним, мобілізуючим адаптаційні резерви організму та особистісні якості тих, хто займається.

У практичній діяльності це може бути досягнуто наступними методами та методичними прийомами:

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

- варіативністю техніки фізичних вправ: вихідного положення, темпу, ритму, зусиль, швидкості, напрямку, амплітуди й ін.;

- різноманітністю вербальних і невербальних методів і методичних прийомів, словесних і наочних способів впливу, музики, навіювання, медитації, психологічних тренінгів, що активізують всі органи чуття, які концентрують психічні процеси і емоції на навчанні та вдосконаленні рухових умінь тих, хто займаються;

- варіативністю зовнішніх факторів середовища при виконанні вправ: в будь-який час року, при різних метеорологічних умовах, в приміщенні, на відкритому повітрі, в

лісі, на воді тощо, але відповідно до гігієнічних вимог та забезпеченням безпеки (страховкою, допомогою, супроводом, використанням надійного обладнання, технічних засобів, інвентарю та екіпіровки та ін.).

Специфіку навчання інвалідів, особливо дітей, у педагогічній літературі приділено вкрай мало уваги, і з труднощами їх навчання стикається кожен, хто взявся за цю благородну і непросту справу.

Перш ніж приступати до роботи з інвалідами, необхідно вивчити психологічні особливості цього контингенту, дізнатися основи методики навчання, так як вони суттєво відрізняються від тих, що традиційно використовуються у фізичній культурі і спорті. Відмінності стосуються, насамперед, наповнення першого етапу навчання – етапу формування уявлення й розуміння рухової дії, а також методичних прийомів, що використовуються для цього.

До корекційних завдань адаптивної фізичної культури відносяться: вироблення здатності самостійного пересування і навичок побутового самообслуговування, відновлення здатності до маніпулятивних дій, що включає питання побутового та професійного навчання і перенавчання, необхідності та можливості трудової діяльності та збереження сім'ї при наявності стійкого обмеження здатності самостійного пересування – у випадках придбаної інвалідності.

У результаті порушень функцій спинного мозку відбувається утиск рухової сфери людини, корекція якої повинна здійснюватися педагогічним шляхом – навчання руховим діям, виховання основних рухових здібностей. Навчання руховим діям є одним з найважливіших питань рухової адаптації інвалідів до побутової та виробничої діяльності, отже, воно повинно бути включено в програму фізичного виховання інвалідів. У світлі сучасних теоретичних і практичних уявлень про формування рухових умінь і навичок, процес навчання необхідно розглядати як цілісну педагогічну

систему, що складається з трьох підсистем, що відображають структуру та зміст системи педагогічних факторів.

Етапи навчання руховим діям.

Етап початкового навчання руховим діям

Завданнями етапу початкового вивчення рухової дії, в процесі реалізації якого освоюються нові рухи, є:

а) сформувані в інвалідів загальне уявлення про закономірності досліджуваного рухової дії;

б) навчити частинам техніки досліджуваної рухової дії;

в) сформувані передумови загального ритму досліджуваної рухової дії;

г) усунути причини, що провокують виникнення помилок в техніці досліджуваної рухової дії.

Для вирішення поставлених завдань застосовується комплекс методів навчання:

– метод наочної демонстрації;

– словесний метод;

– практичні методи навчання, реалізовані у двох основних напрямках, – метод строго регламентованої вправи, що передбачає вивчення нових рухових дій расчлененно-конструктивним способом і цілісним способом;

– метод частково-регламентованої вправи – використання різноманітних форм ігрової та змагальної діяльності з метою вивчення нових видів рухової діяльності інвалідів.

Етап поглибленого вивчення рухових дій

Етап поглибленого вивчення інвалідами рухових дій включає наступні завдання:

а) розширити розуміння інвалідами біомеханічних закономірностей досліджуваних рухових дій;

б) уточнити техніку рухових дій, що вивчаються інвалідами, за просторовими, тимчасовими, просторово-тимчасовими і динамічними характеристиками;

в) удосконалити ритм досліджуваної рухової дії;

г) сформувати передумови варіативного виконання досліджуваної рухової дії.

Для вирішення поставлених завдань застосовується викладений вище комплекс методів при переважному значенні практичних методів навчання.

Етап вдосконалення рухової дії

Етап вдосконалення (закріплення навички виконання рухової дії) містить наступні завдання:

- а) закріпити навичку техніки досліджуваної рухової дії;
- б) реалізувати передумови до індивідуалізації техніки досліджуваної рухової дії;
- в) розширити діапазон варіативного прояву техніки досліджуваної рухової дії;
- г) сформувати передумови в разі необхідності перебудови елементів техніки досліджуваної дії.

Для вирішення поставлених завдань застосовується комплекс методів навчання при переважному значенні практичних методів.

Система навчання новим руховим діям інвалідів включає підсистему контролю за якісним рівнем техніки. При цьому враховуються:

1. Ступінь автоматизму рухової дії.
2. Стійкість рухової навички в умовах емоційних зрушень.
3. Варіативність прояви техніки досліджуваної рухової дії.
4. Стійкість техніки вивчення рухових дій в умовах стомлення зі збереженням високого результату.
5. Результат, досягнутий в умовах змагальної діяльності інвалідів.

Методичні принципи навчання руховим діям.

Навчання і виховання в адаптивній фізичній культурі базується на системі методичних та дидактичних принципів.

Принцип свідомості і активності. Ефективність фізичного виховання інвалідів залежить, в першу чергу, від того, наскільки свідомо і активно ставляться вони до занять фізичними вправами. Фахівець повинен перед початком занять розповісти тим, хто займається про оздоровче, спортивне та профілактичне значення будь-якої фізичної вправи, пояснити, що заняття фізичними вправами зміцнюють здоров'я, сприяють всебічному фізичному розвитку. Проведення таких бесід сприяє продуманому і свідомому освоєнню фізичних вправ, формуванню стійких мотивів до систематичних занять на рівні «природної потреби». Свідомість – один з найважливіших принципів фізичного виховання інвалідів. Вона зобов'язує фахівця побудувати заняття так, щоб тих, хто займається могли творчо освоювати запланований для них матеріал.

Виходячи з принципу свідомості і активності, фахівець повинен керуватися наступними правилами:

а) пояснювати мету кожної нової вправи і значення способів його виконання;

б) відзначати і оцінювати успіхи тих, хто займається;

в) залучати тих хто займається до звіту про свої дії і вчити знаходити причини допущених помилок;

г) практикувати завдання для самостійного рішення.

Принцип індивідуалізації. Важкі за координацією або недоступні фізичні вправи і навантаження пригнічують тих, хто займається, пригнічують їхню волю, ініціативу. Однак і легкі завдання не приносять користі інвалідам. Вони не володіють можливістю мобілізувати їх волю, забезпечувати належне задоволення від занять. Люди втрачають до таких занять інтерес, тому розвиваючий ефект занять фізичними вправами необхідно здійснювати в суворій відповідності з індивідуальними особливостями інвалідів: віком, статтю, станом здоров'я, фізичним розвитком і підготовленістю, типом вищої нервової діяльності, досвідом систематичних занять фізичними вправами. Комплекси фізичних вправ, що рекомендуються

інвалідам, повинні бути доступними і відповідати їх фізичній та руховій підготовленості.

Принцип доступності тісно пов'язаний з принципом послідовності вивчення тих чи інших вправ. При визначенні послідовності слід керуватися закономірностями переносу рухових навичок і так званих вроджених автоматизмів, що збереглися у інвалідів, це значно підвищує ефективність оволодіння новими фізичними вправами. Необхідно широко використовувати позитивний перенос рухових навичок. На підставі цього явища визначається послідовність вивчення вправ і добираються підготовчі та підвідні вправи. Перенесення навичок відбувається в тих випадках, коли у структурі та змісті вправ (в їх головній фазі) є велика схожість. У навчанні інвалідів фізичним вправам це методичне правило знаходить відображення в широкому застосуванні підвідних і імітаційних вправ. Слід мати на увазі, що перенесення навичок у інвалідів проявляється найбільш ефективно на початкових етапах навчання, коли рухи виконуються в досить примітивних варіантах і під посиленням контролем свідомості. Фахівець повинен знати, що після позитивного переносу буває і негативний перенос, коли раніше освоєна рухова дія заважає правильному виконанню досліджуваної фізичної вправи.

Порушення принципу доступності створює неправильний психологічний настрій. Занадто важкі, нездійсненні завдання викликають втрату інтересу до занять і невпевненість у своїх силах. Занадто легкі – також нецікаві, не дають задоволення тим, хто займається. Майстерність фахівця полягає в тому, щоб підібрати посильні цікаві завдання для кожної особи.

Принцип доступності вимагає дотримання наступних правил:

- а) знати вікові особливості тих, хто займається;
- б) вивчати і враховувати індивідуальні особливості тих, хто займається;

в) дотримуватися правил навчання (від відомого до невідомого, від легкого до важкого).

Принцип наочності має велике значення при вивченні вправ. Наочність в процесі навчання забезпечується, в першу чергу, демонстрацією окремих вправ або техніки окремих елементів у можливо більш досконалому виконанні. Як правило, слід показувати зразки техніки або зразкове виконання вправ. Для цього необхідні: зразковий показ фізичних вправ методистом, використання кінограм, малюнків, макетів, плакатів та інших наочних посібників.

Специфічним змістом принципу наочності при навчанні фізичним вправам є створення у тих, хто займається точних і повних уявлень, сприймань і відчуттів про досліджувані рухи. Для цього важливо забезпечити тісний функціональний взаємозв'язок різних аналізаторів (зорового, рухового, тактильного, слухового та ін.).

Пояснення стане по-справжньому образним і зможе викликати потрібні асоціації, якщо воно буде спиратися на життєвий досвід інвалідів. Майстерність фахівця в цьому випадку буде полягати в умінні знайти схожі, знайомі ознаки фізичних вправ із урахуванням їх рухового досвіду. Чим яскравіше, емоційніше будуть наведені ці асоціативні «мости», тим ефективніше буде освоюватися новий руховий матеріал. При вивченні комплексу вправ методист повинен, по-можливості, розширювати свій діапазон порівнянь і предметних завдань.

Щоб забезпечити наочність у навчанні, слід керуватися наступними правилами:

а) визначити, яке педагогічне завдання має бути вирішене засобами наочності;

б) організувати сприйняття руху за допомогою різних органів чуття;

в) застосовуючи засоби наочності, враховувати попередній руховий досвід і знання тих, хто займається фізичними вправами;

г) заздалегідь продумати, як забезпечити засобами наочності активне і свідоме сприйняття нового навчального матеріалу;

д) використовувати безпосередню і опосередковану демонстрацію як засіб виправлення рухових помилок у тих, хто займаються.

Принцип систематичності. Формування рухових навичок у інвалідів відбувається у відповідності з закономірностями умовно-рефлекторної діяльності. Відомо, що умовні рефлекси носять характер тимчасових зв'язків. Вони згасають або зовсім зникають в тих випадках, коли не повторюються умови, що їх породили. Тому непередбачені перерви в заняттях, як і недостатня дозування вправ в кожному з них, небажані, оскільки ті, хто займається втрачають здатність чітко виконувати окремі рухові дії, втрачають так зване м'язове почуття простору і часу.

Проте підготовка інвалідів, не може бути зведена до хаотичного повторення різних вправ. Вона являє складну систему взаємообумовлених засобів і методів навчання руховим діям. Відповідно, за цією системою, послідовність основних вправ повинна відповідати вирішенню конкретних завдань кожного з етапів рухової підготовки інвалідів, добір і повторність вправ повинні відповідати закономірностям «перенесення» рухових навичок і фізичних якостей, а чергування навантажень і відпочинку – незмінного підвищенню функціональних можливостей організму тих, хто займається.

При систематичних заняттях інваліди досить ефективно освоюють навички, а також набувають оптимального рівня функціональної підготовленості. Поряд із ускладненням завдань від заняття до заняття збільшується й фізичне навантаження. Тому фахівець повинен регулювати величину фізичних

навантажень зміною інтенсивності вправ, що виконуються, темпу їх виконання, тривалості відпочинку між вправами й ін.

Систематичні заняття пред'являють підвищені вимоги до організму інвалідів і, в першу чергу, до серцево-судинної, дихальної та нервово-м'язової систем. Це сприяє нормалізації фізичного розвитку, зміцненню їх здоров'я та підвищення функціональних можливостей. Оптимальним практичним вирішенням питань, пов'язаних з реалізацією принципу систематичності, є таке, при якому в процесі занять фізичними вправами виключається можливість неправильного виконання, ведуча до накопичення і закріплення помилок, від яких потім дуже важко позбутися.

Щоб забезпечити систематичність у заняттях фізичними вправами, необхідно на основі методичних вказівок спланувати заняття заздалегідь, регулярно враховувати їх результати і дотримуватися наступних методичних правил:

- а) завчасно встановлювати послідовність вправ;
- б) сумарне навантаження педагогічних чинників, що застосовуються (методів, засобів, форм фізичного виховання) повинна бути оптимальним;
- в) навчати фізичним вправам необхідно спочатку з головної, провідної, фази вправ (основні опорні точки), а потім – другорядних, підвідних;
- г) періодично повертатися до основної фази рухової дії.

Принцип міцності. Весь процес фізичного виховання слід будувати так, щоб знання, рухові вміння та навички міцно освоювалися. Міцність окремих навичок відіграє важливу роль у вивченні нових видів рухової діяльності, коли внаслідок ряду обставин недостатньо закріплена навичка розвивається, виникають умови формування рухових помилок. Необхідними умовами вироблення міцного досвіду є: свідоме його засвоєння, багаторазове систематичне повторення освоєного матеріалу і так зване попутне повторення.

Міцність освоєних навичок залежить не тільки від методів навчання, а й від координаційних особливостей деяких фізичних вправ.

Для реалізації у фізичному вихованні принципу міцності слід керуватися наступними правилами:

а) не переходити до вивчення нових вправ, поки не буде ґрунтовно вивчений поточний матеріал;

б) включати в заняття раніше вивчені вправи в нових сполученнях і варіантах;

в) підвищувати інтенсивність і тривалість виконання освоєних вправ;

г) систематично вести облік успішності й оцінювати досягнення тих, хто займається, проводити нормативні, розрядні випробування та змагання.

Принцип диференційно-інтегральних оптимумів.

Застосування фізичних навантажень різного змісту з профілактичною та колекційною метою має будуватися на основі глибокого знання фахівцем функціонального стану нервово-м'язової системи інвалідів, знання закономірностей функціонування якої в умовах рухової діяльності забезпечить застосування оптимальних фізичних навантажень. Ефективність застосування педагогічних принципів оптимального рівня впливу буде реалізована в двох основних педагогічних аспектах:

– знання функціонального стану нервово-м'язової системи інвалідів;

– фізичні навантаження різного характеру, застосовувані локально.

Основні питання навчання – «Чому навчати?» І «Як навчати?»

Центральним положенням, яке має бути обране для навчання рухових дій дітей, що мають проблеми розвитку, має стати вислів Л. Виготського про те, що орієнтування на нормальних дітей повинно служити вихідною точкою спеціальної педагогіки.

Принципом спеціальної педагогіки, виділеним Л. Виготським, є подолання або компенсація відповідних дефектів. Педагогам доводиться орієнтуватися не стільки на недолік і хворобу, скільки на норму і здоров'я, що збереглися у дитини, тому за суттю між здоровими дітьми, й дітьми, що мають порушення у стані здоров'я немає різниці. У тих і у інших розвиток йде за одними законами. Різниця полягає лише в способі розвитку.

Також особливу важливість має положення Л. Виготського про те, що навчання, що орієнтується на вже завершені цикли розвитку, виявляється недовим з погляду загального розвитку дитини, воно не веде за собою розвиток. Навчання має спиратися не на дозрілі, а на функції що дозрівають. У дитячому віці необхідне навчання, що забігає вперед розвитку, організовує і веде процес розвитку. Це може означати, що навчання має вестися на певному рівні труднощів досліджуваного матеріалу. Однак рухові вміння, що визначаються типовою програмою для спеціальних освітніх установ, відповідають лише актуальному віковому рівню розвитку дитячої психомоторики. Отже, необхідний індивідуальний підхід при навчанні.

Первинним стимулом до виникнення компенсаторних процесів є об'єктивні труднощі, з якими стикається дитина в процесі розвитку. Джерелом розвитку вищих психічних функцій є дитячий колектив при відмінності інтелектуального рівня дітей, що входять до нього. Саме у спілкуванні в колективі при спільній діяльності з однолітками, в роботі над вирішенням актуальною для всіх проблеми дитина зустрічає ті труднощі, які змушують його шукати обхідні шляхи компенсації наявного у нього дефекту, і тим самим прокладає собі шлях розвитку.

Для того щоб у дитини з порушеннями у розвитку були передумови для усунення та компенсації основного дефекту, слід під час навчання руховим діям використовувати прийом роботи у співпраці. Необхідна різнорівнева за ознакою

навченості група дітей, можливо навіть різновікова. Саме в дитячому колективі виникає ситуація, що дозволяє використовувати ефект так званої «зони найближчого розвитку», що провокує дітей вступати в спілкування, допомагаючи один одному освоювати рух. Те, що сьогодні дитина змогла зробити за допомогою дорослого або «просунутого» однолітка, завтра він зможе виконати сам – такий основний сенс гіпотези Л. Виготського про «зоні найближчого розвитку».

Тому одним з основних моментів роботи з дітьми-інвалідами, мають проблеми розвитку, слід визнати створення ситуацій колективного спору, в яких обговорення виниклої актуальною для всіх присутніх дітей проблеми було б сенсом діяльності в конкретний момент. Але тут же виникає проблема окреслити коло питань, що повинні виступити предметом для обговорення дітей. Якщо прийняти за основу, що ключовим поняттям предмету фізичної культури, освоюваним дітьми-інвалідами, є рух, то колективне обговорення повинно стосуватися ознак руху. Ними можуть бути – напрямок і величина переміщення кінематичних одиниць і ланок (рука, передпліччя, нога, гомілка, стегно, голова, тулуб й ін.), швидкість переміщення, частота, ритмічність рухів, що виконуються.

У роботі з інвалідами досить часто зустрічаються ситуації, коли хтось із дітей групи відмовляється виконувати вправу. Особливо часто це трапляється при освоєнні складно-координаційних дій при індивідуальному їх виконанні (при фронтальному виконанні вправ діти, як правило, рідко відмовляються від роботи, але виконують її не з бажанням, упівсили). У даному випадку слід враховувати, дії, що виконуються при їх відпрацюванні багаторазово, позбавлені для людини видимого сенсу і досить скоро вона втрачає до них інтерес. Відомо, що дітям-інвалідам часто властива низька здатність вольової регуляції діяльності. Вони також складно

мотивуються ззовні. Відомим прийомом формування мотиву у них є використання предметної дії.

Слід відрізнити предметну дію від дії з предметом, в якому дитина виконує, наприклад, загально-розвиваючі вправи з прапорцями.

Предметну дію оформлено предметом, його властивостями. Її мета чітко виявляється, наочна, доступна для розуміння дитиною і, як правило, пов'язана з діставанням, переміщенням предмета, подоланням предмета як перешкоди, з розбором його на складові частини (або збіркою), вивченням дії з даним предметом. Без конкретного предмета схожі за складом дії втрачають сенс, інтерес до них у дитини поступово падає. Тому необхідно формувати мотив діяльності інваліда при виконанні рухів не так поясненнями про користь вправ для здоров'я, що складно усвідомити, скільки вибрати предмет, із відношення до якого він буде виконувати рух: переміщати своє тіло (перестрибнути через струмок, калюжу, високу перешкоду), переносити вантаж, пересувати його, в стрибку торкнутися і перемістити предмет, що висить, дістати його, кидком чогонебудь в стрибку зіштовхнути предмет з місця. І добре що програма з фізичного виховання наповнена в основному прикладними вправами, саме вони легко опредмечуються і стають привабливими для тих, хто займається.

Ігровий метод використовується в основному для вдосконалення і закріплення освоєного в загальних рисах руху.

При навчанні рухам людей з порушеннями в стані здоров'я питання сенсорного розвитку є одним з ключових для корекції наявних відхилень у розвитку, тому саме у них відзначено більш пізніє формування в онтогенезі сенсорної кори. Структура процесу навчання руховим діям інвалідів, загалом, не відрізняється від загальноновизнаної. Виділяють етап початкового розучування (створення загального уявлення і установки, освоєння частин техніки в загальних рисах, формування загального ритму руху, попередження та усунення грубих

помилки), етап поглибленого, деталізованого розучування і етап закріплення і подальшого вдосконалення рухової дії. Відповідно до теорії управління засвоєнням знань П. Гальперіна, кожна дія являє собою єдність трьох частин: орієнтовної, виконавчої, контрольної-коректувальної. Орієнтовна частина виконує функції програми дії, на основі якої здійснюється виконавча частина; паралельно з виконанням здійснюється контроль: результати дії зіставляються із завданням програми і оцінюються просування до мети. Навчання найефективніше, якщо вчитель управляє формуванням орієнтовної частини, основи дії.

Навчання починається з формування навчальної мотивації тих, хто займається. Якщо останні не відчують потреби в оволодінні предметом навчання, то навчання буде примусовим і не дасть високого ефекту.

Безпосереднє оволодіння руховою дією традиційно починається з формування знання про сутність рухового завдання й шляхи її розв'язання. Знання це формується на основі спостереження зразка й усвідомлення супроводжуючого показ коментаря, тобто викладач повинен звернути увагу тих, хто займається саме на ті елементи досліджуваної дії, від якої залежить успішність формування вміння. Такі елементи, що вимагають концентрації уваги при виконанні дії, називають «основними опорними точками» (ООТ), а їх сукупність, складову програму дії, називають «орієнтовною основою дії» (ООД). У стихійному навчанні та навчанні за методом «проб і помилок» учень самостійно і значною мірою випадково, а звідси часто не зовсім вірно, виділяє основні опорні точки. Від цього рух виходить далеким за структурою від еталонного.

Формування уявлень про досліджувану дію за кожною з ООТ включає:

- зоровий образ рухової задачі і спосіб їх вирішення, заснований на спостереженні та супроводжуваний промовлянням словесної формули елементів, що становлять ООТ;

- логічний (смысловий) образ, заснований на поясненні (коментарі);
- кінстетичний (руховий) образ способу вирішення, заснований на уявленнях, що раніше сформувалися або на відчуттях, що виникають у спробах вирішити рухові завдання частково (у підвідних вправах) або цілком і супроводженні гучним промовлянням словесної формули елемента, що виконується.

У деяких випадках вдається обійтися без зорового компоненту взагалі, але руховий компонент завжди залишається основою уявлення, головною формою реалізації смыслового компоненту. Формування рухового компонента ООД пов'язане зі значними труднощами. Із цією метою викладач пропонує виконувати спеціальні вправи, що підводять, допомагають тим, хто займається виділити потрібні відчуття із загального потоку відчуттів і усвідомити їх.

Коли з кожної ООТ сформовані необхідні знання та повноцінні уявлення, стає можливим виконання дії в цілому, на повній і усвідомленій у всіх основних опорних точках орієнтовної основи. При цьому учень повинен проговорювати вголос всю схему ООД: це допомагає запам'ятати послідовність операцій виконання та контролю, не пропускаючи жодної з ООТ.

Тема 2 Особливості занять фізичною культурою осіб з різною нозологією

Зміст

- 2.1. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами слуху.
- 2.2. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами зору
- 2.3. Адаптивне фізичне виховання при порушеннях опорно-рухового апарату
- 2.4. Адаптивне фізичне виховання при дитячому церебральному паралечі
- 2.5. Адаптивне фізичне виховання при розумовій відсталості
- 2.6. Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні

2.1. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами слуху

Причини і локалізація пошкодження органу слуху впливають на сприйняття звуків. Глухота впливає на зниження рівня здоров'я. Аналіз анатомо-фізіологічних зв'язків слухового аналізатора з іншими органами і системами організму показує, що пошкодження органу слуху може викликати порушення:

- рефлекторних рухових реакцій на слухові подразники;
- відчуття рівноваги;
- функції окорухових м'язів;
- функції оральних, артикуляцій, фарин- і ларингеальних м'язів;
- несвідомих автоматичних рухів, що забезпечуються екстрапірамідною системою;
- вегетативних реакцій організму.

Глухота – повна відсутність слуху або такий його ступінь пониження, при якому розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. Більшість

глухих мають залишки слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Такий стан визначають як слабослухання або туговухість.

Таблиця 2

Сприйняття звуків залежно від рівня пошкодження системи слуху

Ціль і задачі викладача	Зміст практичної роботи
<ul style="list-style-type: none"> – знання і розуміння цінностей учня, його цілі, проблем, бажань, старань, інтересів; – знання і розуміння переконань учня, діапазону його можливостей і здібностей. 	<ul style="list-style-type: none"> – визначити коло інтересів учня; – з'ясувати зміст самостійних дій учня; – виявити пріоритети учня у виборі предметів діяльності, спортивного інвентарю; – з'ясувати самооцінку учня, виявити причини його сумнівів, побоювань, страхів.

Порушення рухової активності може мати наступні вияви:

- проблеми збереження статичної і динамічної рівноваги;
- низький рівень розвитку просторової орієнтації;
- сповільнене оволодіння руховими вміннями і навиками;
- збільшення часу рухових реакцій і реакцій по вибору;
- зниження станової сили;
- відставання в стрибучості;
- нераціональний розподіл фізичних зусиль при рухах;
- низький темп рухів;
- погіршення рухової пам'яті;
- зниження здатності ідентифікувати людей і об'єкти;
- неадекватне зниження відчуття безпеки;
- перевага зорово-м'язових уявлень над м'язово-руховими;
- зниження точності сприйняття;
- зниження точності відтворення тимчасових параметрів;

– недостатньо точна координація і невпевненість рухів.

Тестування при глухоті. Тестування слуху проводиться лікарями за методиками Рінне, Вебера, Швабах. Обов'язково тестують вестибулярну функцію: з'ясовують скарги на запаморочення, визначають наявність ністагма, порушення рівноваги, промахування, здатність правильно здійснювати пальце-носову пробу.

При оцінці рухових якостей особливу увагу надають тестуванню:

– швидкості, точності відтворення рухів заданої амплітуди, точності цільового руху;

– точність диференціації великих і малих м'язових зусиль;

– здатності формувати просторово-часові зв'язки;

– координації.

Фізичне виховання глухих має ряд специфічних завдань.

– вестибулярне тренування;

– вдосконалення просторового орієнтування;

– розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети;

– швидкість перемикання уваги з ціллю кращого орієнтування;

– вдосконалення реакції за вибором;

– підвищення швидкості рухових реакцій;

– розширення м'язово-рухових уявлень; збільшення об'єму рухової пам'яті.

Особливі акценти у процесі розвитку вмінь і навиків при глухоті:

– вміння раціонально аналізувати ситуацію;

– здатність встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями;

– раціональний розподіл фізичних зусиль;

Засоби фізичного виховання:

– загальнорозвиваючі фізичні вправи;

– циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді);

– дихальні вправи (з тривалим видихом);

– вправи для зміцнення м'язів хребта;

– вправи для розвитку координації;

– елементи гімнастики;

– елементи акробатики;

– аеробіка;

– танцювально-ритмічні вправи;

– танці;

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

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

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

– правильне дихання;

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

– фундаментальні властивості руху;

– довільні і мимовільні рухи;

– рух очей, організуючі рухи тіла;

– координація згиначів і розгиначів;

– рухи і дихання;

– раціональна дія.

До особливостей методики фізичного виховання глухих відносяться наступні положення:

– учитель повинен володіти мовою знаків;

– на заняттях застосовувати раціональні наочні повідомлення;

– широко використовувати арсенал відеоматеріалів (візуальний показ);

- вміння, що вивчаються, завжди демонструються наочно;
- викладач при спілкуванні з учнями повинен стояти лицем до учнів так, щоб вони добре бачили його обличчя і губи (артикуляцію);
- при словесному поясненні пам'ятати про виразність своєї артикуляції;
- уникати міміки і жестів, що не відносяться до теми даного питання;
- в процесі спілкування з учнями викладач повинен бачити їх очі (зворотну реакцію);
- викладачу час від часу необхідно питати учнів, як вони зрозуміли матеріал;
- краще двічі перевірити, щоб переконатися в тому, що учні зрозуміли правильно, особливо, якщо йдеться про профілактику травм;
- кожні 15 хв робити перерви (інтервал обумовлений часом концентрації уваги, після якої розвивається стомлення);
- вибирати ігри з простими правилами. Використовувати наочні, тактильні і кінестетичні підказки (світло, яскраві прапорці, кеглі, м'ячі);
- уникати усних підказок під час гри. При необхідності зупинити гру і пояснити правила всім гравцям разом;
- уникати шумових ефектів;
- організовувати взаємодопомогу між учнями;
- прагнути своєчасно розпізнавати мімічні вияви емоцій;
- забезпечити добре освітлення приміщення;
- при пошкодженнях вестибулярного апарату уникати вправ і ігор, що можуть викликати негативні наслідки

2.2. Адаптивне фізичне виховання осіб з вадами зору

Зоровий аналізатор дозволяє людині сприймати 90 % зовнішньої інформації. Сліпота – двостороння невиліковна повна відсутність зору (в цих випадках користуються терміном

тотальна сліпота) (0) або залишковий зір (гострота зору: світловідчуття 0,03–0,04 включно з корекцією на кращому оці, або звуження поля зору до 10° на кращому оці незалежно від гостроти зору).

При збереженому світловідчутті на рівні розрізнення світла і темноти або залишкового зору, що дозволяє полічити пальці руки біля лица, розрізняти контури, силуети і кольори предметів безпосередньо перед очима, говорять про практичну сліпоту. Знижений зір – гострота зору кращого ока з корекцією зору складає 0,05–0,4, що дозволяє бачити при сприятливих умовах, коли до зору не пред'являється високих вимог.

Проблеми, що необхідно долати викладачу АФВ у навчально-тренувальному процесу:

- зниження сприйняття власних рухів, самоконтролю рухової діяльності;

- неможливість швидких перемикань на нову структуру руху;

- проблема орієнтування в просторі.

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

Мета, завдання, і засоби фізичного виховання осіб з дефектом зору.

Успішність процесу фізичного виховання залежить від того, наскільки незрячі повно сприймають ознаки і якості предметів, явищ, ситуацій.

Задача вчителя – послідовно і планомірно розвивати пізнавальну сферу учня.

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

Завдання фізичного виховання людей з дефектом зору:

– розвивати здатність цілеспрямовано переміщатися в просторі;

– формувати уміння взаємодії з середовищем і предметами, що його наповнюють, виконувати життєво необхідні результативні, економічні дії.

Специфічні завдання фізичного виховання людей з дефектом зору:

– розвивати стійкість, статичну і динамічну рівновагу,
– сприйняття навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприйняття простору в цілому;

– вдосконалювати навикі орієнтування у просторі за допомогою непошкоджених сенсорних систем;

– ліквідувати скутість і обмеження рухів;

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

– удосконалювати всі характеристики рухів;

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

– коректувати недоліки фізичного розвитку, розвивати спритність, силу;

– при слабозрячості – розвивати зорово-моторні реакції.

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

Тифлотехніка фізичної культури – сукупність тифлологічних приладів і пристосувань, що допомагають незрячим людям опановувати рухи тіла, займатися спортивною ходьбою, бігом, стрільбою, плаванням і ін..

Сюди відносяться тактильні і вібраційні дисплеї, візуальні дисплеї для слабозрячих, полісенсорні діагностичні пристрої, засоби оптичної корекції, аудіовізуальні прилади і апарати, що запам'ятовують електронно-оптичні системи,

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

Методи навчання спортивній техніці.

Заняття АФВ повинні проводитися з використанням тифлологічних пристосувань, поліпшують орієнтування незрячих людей і забезпечують безпеку під час занять. Важлива точна оцінка тренером (або його помічником) здійснення рухів, передбачених кожною методикою. Введення термінових коректив сприяє більш ефективному навчання диференціюванню точності рухів в просторі, в часі і по ступеню м'язових зусиль.

Метод словесного опису дій, які необхідно виконувати спортсмену-адаптанту, включає опис частин тіла, що задіяні у виконанні рухів. Контроль техніки виконання, активізація і поглиблення сприйняття, оцінка результатів, напрям поведінки учня вимагають майстерності володіння словом.

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

Метод направленою «відчуття» рухів виражається зосередженням уваги учня на сприйнятті сигналів від м'язово-зв'язкового апарату в крайніх точках амплітуди рухів. У процесі тренування удосконалюють пропріоцепцію. Так, рекомендується повторювати пояснення і показ правильного виконання вправи 4–8 разів, після чого вислухати 2–3 відповіді учнів про виконання вправ. Після цього викладач пояснює положення окремих частин тіла у вправі, а учні, виконуючи його, визначають і оцінюють точність рухів.

Метод застосування спеціальних тренажерів і різних пристосувань, що "примусово" задають параметри рухів, що вимагаються, дозволяючи практично відчувати їх.

Автокардіолідери, що задають програму прав циклічного характеру, за частотою серцевих скорочень зв'язують задану частоту з фактичною, регульованою в учня за допомогою автоматичного електронного пристрою.

Метод лідирування (поточного сенсорного програмування) полягає в застосуванні звуколідерів в бігу для тренування «прямого бігу», що при даній нозології є одним з найскладніших етапів навчання.

Метод термінової інформації – сучасний технічний метод, що передбачає екстрене отримання учнем об'єктивних відомостей про хід рухів з ціллю їх корекції або збереження заданих параметрів шляхом зв'язку з радіо, або завдяки мініатюрним електронним звуковим інформаторам, що кріпляться на тіло спортсмена і подають сигнал при порушенні техніки виконання рухів, також, тензоелектронних пристроїв моделювання гучності звуку, що подає інформацію про величину зусиль, прикладених до спортивного снаряда.

Під час занять можна також керуватися методами строго регламентованої вправи, такими, як:

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

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

Особливістю методики АФВ при сліпоті є розвиток:

- м'язово-суглобового відчуття;
- орієнтування в просторі;
- орієнтування в часі;
- здатності відчувати темп і швидкість рухів, їх амплітуду і ступінь напруження м'язів.

2.3. Адаптивне фізичне виховання при порушеннях опорно-рухового апарату

У фізичному вихованні і спорті інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату виділяють такі нозології, як стани після ампутації кінцівок, стани після травм спинного мозку і поліомієліту і дитячий церебральний параліч

Завдання і засоби АФВ при порушеннях опорно-рухового апарату.

До загальних завдань відносяться:

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

Специфічні завдання:

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

Засоби АФВ (при мпутації): вестибулярне тренування; дихальні вправи; вправи на розслаблення (метод Ловицької); на відновлення симетрії плечового поясу, тазу і тонусу м'язів спини, для глибоких і поверхневих м'язів спини; силові; на

збільшення амплітуди рухів; на диференціацію м'язових зусиль, що вдосконалюють здатність диференціювати простір; гідроаеробіка; ігри; естафети; вправи по профілактиці плоскостопості.

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

Завдання і засоби АФВ при травмах спинного мозку.

До загальних завдань АФВ при даній нозології відносяться:

- виховання усвідомленого відношення до реальності і своїх можливостей, силам, розвиток вольових якостей, прагнення самореалізації;
- відновлення функції хребта і спинного мозку;
- нормалізація основних нервових процесів нейрорегуляції;
- нормалізація м'язового тону;
- зміцнення м'язів хребта, формування "м'язового корсету" тулуба;
- розвиток міжм'язової координації;
- створення умов для відновлення фундації життєво важливих рухових умінь і навиків;
- розвиток рухових якостей: сили, спритності, швидкості, гнучкості;

Специфічні завдання:

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

- зміцнення і розвиток м'язів, функціональний стан яких порушено;
- розвиток і удосконалення координації рухів, рівноваги балансування;
- розвиток і закріплення статико-динамічної функції хребта – формування і закріплення правильної постави;
- розвиток відчуття положення окремих частин тіла;
- попередження розвитку і лікування контрактур і вдосконалення навиків паралізованих кінцівок;
- вироблення компенсаторних рухових навиків, розвиток і вдосконалення навиків самообслуговування і праці.

Засобами досягнення мети служать режим, корекція положень, самомасаж, загартування, фізичні вправи, у тому числі на тренажерах, націлені на розвиток сили, швидкості, загальної і спеціальної витривалості, гнучкості, спритності, вправи швидкісно-силового характеру. Це фізичні вправи циклічного, ациклічного, змішаного характеру: гімнастичні вправи, плавання, спортивні і рухливі ігри (бадмінтон, баскетбол на візках, волейбол сидячи, настільний теніс, футбол), стрільба з лука, елементи важкої атлетики і атлетичної гімнастики, елементи легкої атлетики, туризм і екскурсії, спортивне орієнтування, марафон на візках.

При ушкодженні спинного мозку більш активні, чим звичайно, ідеомоторні вправи, рухи за інерцією, цілеспрямований розвиток кінестетичних відчуттів (також володіння довільним розслабленням м'язів).

При підвищеному тонусі крупних м'язів для його зниження застосовують вправи на розслаблення: махові рухи (з поступовим збільшенням амплітуди) і струшування кінцівки. Для зменшення спастичності в кистях, ступнях використовують їх "прокочування" по валу, що обертається.

Для подолання скутості, сповільненості рухів необхідно розвивати гнучкість, для ліквідації зайвих рухів – точність диференціації.

Ушкодження спинного мозку, впливаючи на загальний тонус м'язів нижчележачих відділів (змінюючи фонову напругу гладенької і поперечно-смугастої мускулатури), відображається на положенні тіла в просторі, у тому числі на його здатності протистояти дії зовнішніх сил. Розвиток рухових здібностей слідує починати з розв'язання статокінетичних завдань: вибору початкових положень і раціональних поз, при яких дія зовнішніх сил, передусім сили гравітації, буде мінімальна; стійкість тіла – максимальною.

Специфічним засобом АФВ при ушкодженні спинного мозку є суспензійна терапія – виконання фізичних вправ в мовах усунення сили тяжиння. Методика суспензійної терапії, розроблена В.Дікулем рекомендує:

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

Добрий ефект надають вправи у воді – пасивні або пасивно-активні.

Використання таких видів спорту, як атлетика, важка атлетика, гімнастика, настільний теніс, стрільба з лука, їзда в інвалідній колясці, сприяє розвитку найбільш важливих в даному випадку фізичних якостей, підвищує загальний функціональний рівень і фізичну працездатність. Заняття важкою атлетикою збільшують м'язову силу і витривалість. Настільний теніс розвиває відчуття рівноваги, сприяє поліпшенню координації, концентрації уваги, точності і швидкості рухів; внаслідок змагального характеру здійснюється позитивний вплив на психоемоційний стан. Стрільба з луку допомагає розвитку відчуття рівноваги, координації рухів і підвищує статичну витривалість. Їзда в інвалідному візку, включаючи практичні заняття з подолання різних перешкод, поліпшує загальну витривалість.

Методичні вказівки:

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

2.4. Адаптивне фізичне виховання при дитячому церебральному паралічі

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

Важлива особливість ДЦП як патологічного стану – тенденція до відновлення порушених функцій

Корекційні завдання АФВ:

- формування мотивації і адекватних психоемоційних реакцій у АФВ;
- розвиток і вдосконалення сприйняття всіма сенсорними системами;
- формування вестибулярних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) і орієнтування в просторі;
- розвиток і стимуляція опорної і маніпулятивної функцій рук;
- нормалізація співвідношення нервових процесів;
- нормалізація м'язового тону: максимальне розслаблення з подальшим розтягуванням м'язів, що знаходяться в стані спастичного скорочення, і розвиток сили ослаблених м'язів – подолання слабкості (гіпотрофії, атрофії) окремих груп м'язів;
- розвиток і стимуляція відповідних віку рефлексів і пізніх реакцій;

- розвиток здатності довільної напруги і розслаблення м'язів;
- подолання зайвих рухів;
- розвиток координації;
- профілактика розвитку патологічних компенсацій, викривлення хребта, приведення гіпертонусу стегон, патологічних установок стоп;
- поліпшення рухливості в суглобах (ліквідація контрактур);
- корекція патологічних установок опорно-рухового апарату;
- стимуляція опорної функції стоп, ходьба;
- розвиток здібності до самообслуговування;
- поліпшення функціональної діяльності усіх систем організму;
- розвиток психічної сфери і мови.

Особливості методики при ДЦП.

Заняття починають із вправ, що спрямовані на нормалізацію м'язового тону. Усі вправи, якими розвивають той, або інший рух, чергують з дихальними. На фоні загальнозміцнюючих, застосовують вправи, що нормалізують м'язовий тонус, нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси амплітуди рухів. Бажано, щоб дитина виконувала вправи перед дзеркалом.

Розвиток вестибулярної функції здійснюють адекватною стимуляцією вестибулярного аналізатора: розгойдуванням в колисці, на руках, на гойдалках вправами, в яких є швидка зміна положення тіла: швидке переміщення в одній площині (зверху вниз і знизу вгору, зліва направо й навпаки), перехід з однієї площини простору в іншу, рухи з кутовим прискоренням. У застосуванні цих вправ найбільш відповідальний момент – їх дозування, що розвиває тренувальний ефект і в той же час не викликає негативних вегетативних реакцій.

Вправи необхідно застосовувати в певній послідовності: рухи головою; згинання розгинання, повороти тулуба; рухи у плечових суглобах; рук і ніг – проксимальні суглобах (плечових, кульшових). Вправи поступово повинні охоплювати середні суглоби (ліктьові і колінні), потім променевозап'ясткові і гомілковостопні.

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

Застосовуються як загальні методи фізичного виховання, так специфічні:

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

- дзеркальним показом вправ; конструюванням нових способів виконання;

- ускладнення звичайних дій: додатковими діями; комбінацією дій;

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

- застосування змагального методу;

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

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

- ігровий метод;

- музично-ритмічні заняття, у тому числі танці;

- виконання вправ одночасно з декламацією віршів;

– метод «театру фізичного виховання» (сюжетні постановки і ін.);

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

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

– стимулюють вестибулярну функцію;

– добиваються ліквідації патологічного впливу тонічних рефлексів;

– розвивають настановні рефлекси;

– нормалізують м'язовий тонус;

– добиваються реакції повороту голови на звук або інший подразник;

– формують вміння контролювати положення голови у просторі (у положенні лежачи на животі, пізніше на спині), вчать піднімати голову без підняття плечей;

– добиваються роздільних рухів голови і тіла при зміні положення;

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

– розвивають зорово-рухову координацію голови і рук,

– формують вміння виконувати повороти тулуба із спини на живіт і навпаки (стимулюють зміни положення тіла з розділенням рухів у шийному, грудному, поперечному відділах хребта);

– розвивають уміння повзати на животі і пересуватися в упорі;

– формують вміння сідати з допомогою і самостійно;

– розвивають маніпулятивну діяльність рук;

– формують вміння вставати на ноги і утримувати вертикальну позу;

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

З цією метою застосовують методики Боббат, Війта, Козьявкіна й ін.

На початку навчального процесу бажано використовувати індивідуальний метод; згодом – індивідуально-груповий (групи 3–6 чоловік);

– метод «однорідної групи», при якому в групу підбирають дітей одного рівня за віком, фізичним розвитком, формам ДЦП, ступенем рухових порушень, супутніми виявами. У міру соціалізації дитини групи збільшують до 7–12 осіб. Ефективні ігри із загальним для всіх учасників предметом: обручем, м'ячем, тентом. Велику роль у заняттях відіграє музичний супровід ритмічного характеру у вигляді коротких музичних фрагментів і пісень.

АФВ при ДЦП середньому і легкому ступенях.

Особливості методики АФВ:

– розвиток мови через рух: об'єднання звуку і руху; звукове забарвлення руху;

– ролеві рухливі ігри з мовним виразом; ритмізація рухової активності (об'єднання звуку, ритму і руху); оволодіння регуляцією дихання як складовою звукоутворення; розвиток дрібної моторики рук й ін.;

– формування в процесі фізичного виховання просторових і тимчасових уявлень, як, наприклад: далеко-близько; вище-нижче; зліва-справа; більше-менше; багато-мало; швидко-поволі; часто-рідко;

– формування у процесі рухової діяльності понять про предмети, рухи і їх якість;

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

Добираючи вправи для розминки, керуються відповідністю їх цілі заняття, специфічною спрямованістю, ритмічною врівноваженістю й завершеністю. Для розминки загального характеру підбирають 8–10 вправ, техніка яких вже

добре засвоєна учнем, або не вимагає тривалого навчання. У послідовності рухів повинне бути присутнє поступове збільшення амплітуди, складності і кількості задіяних м'язів. Перенесення рухових навиків рекомендується здійснювати у послідовності з вправи на вправу, і з однієї м'язової групи на іншу. Після вправ, спрямованих на окремі м'язові групи, застосовують вправи, що об'єднують попередні вправи у великі складні комбінації для всього тіла. Наприклад: нахил тулуба з поворотами голови; рухи плечима – з нахилами тулуба. У завершальній частині розминки – вправи для розвитку гнучкості: вправи на розтягування нижньої частини спини, задньої поверхні стегон. Вправи виконуються ритмічно, плавно, з поступовим нарощуванням амплітуди.

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

Добирати вправи, що залучають до роботи м'язи-антагоністи. Рухи, що є стресовими для організму, застосовувати в обмеженій кількості повторень залежно від показань. Доступність, інтенсивність, складність варіюють в логічній послідовності. Увагу концентрують на техніці виконання рухів, а не на кількості повторень. Переходи між вправами повинні бути плавними, неважкими для виконання, вказівки – однозначними і зрозумілими учню. Починають основну частину аеробним розігріванням: ходьба, біг, рухи руками і ногами із збільшенням амплітуди, махові рухи. Після цього переходять до вправ у такій послідовності:

- розтягання великих грудних м'язів, розвиток сили нижніх фіксаторів лопатки;

- розтягання поздовжньо-поперекових, квадратних поперекових м'язів, розвиток сили м'язів живота;
- розтягування привідних м'язів стегна, силові вправи для сідничних м'язів, відвідних м'язів; розтягування трицепсів гомілки (саме ці м'язи, як правило, уражені при ДЦП).

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

2.5. Адаптивне фізичне виховання при розумовій відсталості

Розумова відсталість – широке поняття, що означає будь-яку інтелектуальну недостатність, що виникла в період формування психіки. За визначенням ВООЗ, це значне зниження основних інтелектуальних функцій.

Для визначення рівня розвитку інтелекту в сучасній психіатрії використовується IQ (IQ – відношення «інтелектуального віку» (віку, якому відповідає розвиток дитини) до паспортного віку, виражене у відсотках. Наприклад, при інтелекті дитини 10 років, відповідному 5 рокам: $10 = 5/10 \times 100 \% = 50 \%$).

- коефіцієнт інтелектуального розвитку. Нормальні значення IQ знаходяться в межах 85–110 %.

Виділяють чотири ступені зниження інтелекту (%):

- легка – IQ від 50–55 до 70;
- помірна – IQ від 35–40 до 50–55;
- важка – IQ від 20–25 до 35–40;
- глибока – IQ нижче 20–25.

Найбільш глибокий ступінь психічного недорозвитку (IQ = 0–5 %) характеризується відсутністю або початковим станом пізнавальних функцій.

Життєва активність обмежується в цьому випадку інстинктивними діями, часто збоченими реакціями на смак їжі, біль, радість або смуток й ін. В моториці переважають стереотипні дії. Такі люди туго опановують ходьбою, соціально не пристосовані навіть на рівні самообслуговування.

При IQ = 5–19 % спостерігається затримка психіки, що характеризується рудиментарним мисленням (в уявленнях); наявність недорозвиненої різною мірою мови; відносно соціальне пристосовування на рівні самообслуговування або елементарних процесів праці, що, проте, вдається тільки при постійній опіці; деяке орієнтування в конкретній ситуації; пізнавання близьких; адекватна реакція на звичні повсякденні слова і фрази; використання окремих слів з 3–5 років в комунікативних цілях; можливо навчання елементарним навикам охайності.

Люди з IQ = 20–34 % характеризуються недорозвиненою мовою у вигляді фраз з 2–3 слів, що носить ситуаційний характер, крайньою бідністю уявлень, можливістю розвитку лише навиків самообслуговування.

IQ = 35–49 % – стани, при яких людина може бути навчена простим трудовим вмінням, має фразову мову і іноді може оволодіти читанням, письмом. Емоції недиференційовані, примітивні.

При IQ = 50–70 % має місце конкретно-описуючий тип мислення (без абстрагування), дещо знижені формування понять і допитливість, разом з тим користуються шаблонами і, виходячи з них, люблять повчати інших; добре розвинуті механічна пам'ять, слух, здібність до математичних розрахунків; мають добру практичну (конкретну) обізнаність.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) – вияв незрілості психомоторних функцій в результаті сповільненого розвитку

морфофункціональних систем мозку під впливом різних негативних чинників. Закінчується, як правило, недорозвиненістю функції або компенсацією її іншими функціями. Може мати тимчасовий зворотній характер. При ЗПР щонайбільшу роль грає недорозвиненість сприйняття і відчуттів. Аналізатори працюють нормально, але порушена обробка інформації, що поступає від них, є труднощі з перетворенням цієї інформації в руховий акт і, як наслідок, проблеми із сприйняттям розмірів, форм, відстані. Недостатня кількість чуттєвих вражень приводить до відставання розвитку мислення.

До соціальних, а не до медичних, відноситься проблема затримки інтелектуального розвитку внаслідок педагогічної занедбаності. Вона виникає в дітей, що знаходилися з раннього дитинства в несприятливих умовах виховання, які до шкільного віку не готові до засвоєння шкільної програми. Індивідуальні заняття дозволяють в декілька місяців ліквідувати результати педагогічної занедбаності. Аутизм – стан відходу від реальності і відмова від спілкування. Це серйозна проблема в роботі з людьми з розумовою відсталістю.

При розумовій відсталості виділяють наступні рухові порушення:

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

В усіх випадках наголошуються порушення функцій, які забезпечують нормальну рухову активність: слухо-моторної координації, зорово-просторової орієнтації, функціональності

руки (не сформовані тонкі диференційовані рухи пальців рук, кінетичний кінестетичний праксис, складні координаційні схеми), координації рухів з мовою, статичної координації рухів і організації динамічного руху, кінестетичної інтегративності, труднощі формування навиків, що вимагають диференційованих рухів або зміни темпу виконання рухів.

Розумово відсталі школярі відстають від вікової норми за показниками сили, швидкості, витривалості, координації, стрибучості на 25–40 %; частоти рухів – на 30 %, за часом зорово-моторної реакції – на 40 %. Це відставання пояснюється зниженням сили і рухливості нервових процесів.

Одна з найбільш важливих завдань АФВ при розумовій відсталості – формування нормального алгоритму рухових дій, розвиток рухових умінь.

Специфічні особливості фізичного виховання розумово відсталих дітей.

Завдання навчального процесу:

- формувати позитивну мотивацію до навчального процесу;
- сприйняття; здатність концентрувати і утримувати увагу;
- нормалізувати співвідношення збудження і гальмування нервових процесів;
- логічне і образне мислення;
- алгоритм виконання дії (розвинути такі вміння, як усвідомлення й самостійна постановка мети, вибір засобів її розв'язання, аналіз і оцінка результатів);
- достатній запас практичних умінь і навичок; мова.

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

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

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

Методи формування мотивації:

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

При розумовій відсталості виникає проблема спостереження за предметом або дією, тому необхідно максимально сконцентрувати увагу учня в логічній послідовності: на викладачі; на завданні; на предметі; на дії з предметом (покроково переходять від одного предмета чи дії до двох й ін.). Виключають усі відволікаючі увагу учня чинники.

Аналіз безпосередньо рухів зводиться до визначення положення й напрямку тіла в просторі; диференціація рухів за якістю, кількістю; визначення положення різних частин тіла (за їх розташуванням одну за одною); здійснення дій в просторі; мовному відтворенню рухів.

Процес фізичного виховання розумово відсталих дітей має наступні специфічні особливості:

- вимагає більшого терпіння з боку викладача (результат настає в середньому через 2 роки);
- викладач знаходиться в залежності від мотивації учня;
- агресія учня – одна з форм контакту;

- викладачу не можна піддавати критиці, примушувати учнів, допускати їх перевтому. Не слід пильно дивитися в очі учням;
- необхідна рівна позитивна тональність викладача в спілкуванні;
- необхідно створювати атмосферу радості, зацікавленості, ентузіазму.

2.6.Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні

Успішність і ефективність навчального процесу значною мірою визначається правильною оцінкою психомоторних можливостей, заздалегідь набутого рухового досвіду, розумінням мотивацій до навчання і життєвих інтересів учня. Оцінка проводиться за тестах, що, є достатньо об'єктивними, дають реальне уявлення про стан здоров'я.

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

Медична діагностика включає:

- вивчення психоемоційної сфери людини з метою створення адекватних умов для найбільш швидкого 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 дефекту 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 фізичного пристосовування. Вивчення компенсації головних рухових функцій (сидіння, стояння, ходьба, маніпулятивна ручна діяльність);

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

- виявлення лімітуючих чинників, що перешкоджають або обмежують вибір засобів фізичного виховання і спорту або інтенсивність тренувальних занять. Наприклад, за наявності келоїдних рубців, контрактур, деформацій опорно-рухового апарату або при пошкодженнях шкіри (трофічні язви, пролежні), порушеннях функцій тазу з'ясовуються функціональні можливості, уточнюються особливості тренувальних занять;

- визначення об'єму і інтенсивності навчального процесу;

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

- встановлення класу спортсмена при заняттях спортом.

Крім головних завдань, що характеризують ступінь компенсації інваліда, розв'язуються допоміжні задачі: оцінка побутової залежності, рівень соціального пристосовування й ін. При доборі методів досліджень функціональних можливостей і оцінці фізичних якостей учня враховують закономірності вияву цих функцій і якостей.

Медична діагностика включає: з'ясування скарг на стан здоров'я, складання історії хвороби, вимірювання температури тіла, антропометрію, огляд, пальпацію (обмацування), перкусію (простукування) й аускультацию (прослуховування) з метою обстеження шкіри і слизових оболонок, лімфатичних вузлів, м'язової, опорно-рухової, дихальної, серцево-судинної, кровотворної, травної, жовчовидільної, сечової, ендокринної і нервової систем, а також визначення рівня статевого розвитку

людини. Виміряють пульс, частоту дихання, артеріальний тиск. Вивчають рефлекси.

Досліджують функції органів чуття й рухові функції. Проводять функціональні проби і лабораторні методи досліджень.

Вивчення й оцінка фізичного розвитку дітей проводиться за загально визнаною методикою: вимірювання зростання, маси тіла, об'єм грудної клітки (в деяких випадках об'єм голови), для підлітків – ступені статевого розвитку. Результати обстеження порівнюють із табличними віковими нормами.

Тестування сприйняття направлено на дослідження функцій пропріоцептивного, вестибулярного, тактильного, зорового, слухового і нюхового аналізаторів. Діагностується сприйняття якості стимулу, його часу дії і кількості діючих стимулів, здібність до визначення: положення і напряму свого тіла в просторі, різних частин власного тіла, просторових відносин свого тіла до стимулу, просторово-часових характеристик власних складних рухів.

Тестування мотивації учня

Мотивація учня можна з'ясувати на підставі відповідей викладача на наступні питання:

– До якого виду рухової активності виявляє цікавість або звертається дитина?

– Чи існує в руховій активності дитини періодичність протягом дня, тижня, місяця, року?

– Яким чином дитина демонструє своє прагнення до розвитку?

– Чи здатна дитина і як надовго зосередити увагу на своїй діяльності? У тому числі при зовнішніх ерешкодах.

– Які перешкоди для неї мають значення?

– Чи займається дитина тим, чим займалась, після того, як її увагу відвернули?

При оцінці психофізіологічного і фізичного розвитку виділяють 3 групи на основі сигмальних відхилень від середньої

арифметичної величини: середній рівень розвитку від $M - 1\sigma$ до $M + 1\sigma$; вище за середнє – більш $M + 1\sigma$; нижче за середній – менш $M - 1\sigma$.

Програма дослідження довільних рухових реакцій дітей і підлітків, розроблена Т. Круцевич (1999), 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);

Тактильна чутливість оцінюється за допомогою лінійки Мак-Уорті.

При цьому орієнтуються на момент визначення досліджуваним кількості діючих на тактильний аналізатор подразників.

М'язово-суглобове відчуття вимірюється кінематометром Жуковського при виконанні завдання, в якій досліджуваний повинен зігнути руку на заданий кут без участі зорового контролю.

Сила нервової системи вивчається методом Копітової. Показником служить зміна латентного періоду простої зорово-моторної реакції в кінці дослідження в порівнянні з початком.

Лабільність нервової системи досліджується за допомогою приладу для визначення критичної частоти світлового сигналу. Показником рівня лабільності нервової системи служить середня частота переходу суцільного світла в дискретний.

При визначенні рухливості нервових процесів досліджується стійкість і перемикання уваги.

Визначення стійкості уваги здійснюється за таблицями Анфімова.

Дослідження рухових можливостей здійснюють починаючи із з'ясування, на якому етапі розвитку рухової сфери відбулася затримка. Для цього визначаються можливості учня:

– ступінь вертикалізації тіла в просторі (чи може піднімати і утримувати голову з положення лежачи на животі і на спині, самостійно сидіти, вставати і стояти з допомогою і без неї);

– стійкість (або здібність до опори руками в положенні лежачи на животі, сидячи, чи може регулювати загальний центр маси тіла в положенні стоячи);

– рівновага (або здатність балансувати, відновлювати рівновагу й ін.);

– метод (і його якісні характеристики) переміщення в просторі (самостійно не пересувається, перевертається з живота на спину, із спини на живіт, повзає лежачи або рачки, пересувається за допомогою інвалідної коляски, ходить на милицях, спираючись на милиці або одну милицю, ходить самостійно, в останньому випадку вивчається хода);

– гнучкість;

– точність диференціації 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 зайве напруження, зміщення однієї з рук донизу, останнє спостерігається, коли більш сильна рука прагне «підтримати» річ знизу;

– просять дитину повернути цю ж річ назад («Дай мені м'яч!»). Передачу речі здійснюють кілька разів, щоб прийти до переконання, що попередні спостереження не випадкові. Після чого переходять до складніших форм наочної взаємодії: кидання м'яча на спочатку з невеликої, а надалі з більшої відстані. Виявлені при виконанні першого тесту тривожні ознаки тут повинні виявитися сильніше. На ураженій руці можуть спостерігатися сіпання, тремтіння, зайві рухи пальців або всієї

руки. Кисть і пальці при фізичному навантаженні можуть перейти в більш зігнуте положення.

Можуть з'явитися мимовільні зайві рухи;

– продовжують ускладнювати рухові завдання: кидаючи м'яч на підлог, спостерігають, як дитина його піднімає при декількох спробах (обома руками або кожного разу однією, якщо щадить уражену), просять учня кинути м'яч знизу, збоку, зверху. Крім маніпулятивних можливостей руки, звертають увагу на загальний малюнок рухів: ходьбу, нахили, повороти, утримування рівноваги, координацію рухів. Про рухову патологію свідчать: зайва повільність або різкість, порушення ритму, зайві рухи, незграбність, хиткість, порушення рівноваги і координації;

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

– при обстеженні маленьких дітей інформативний тест «Складання піраміди»: нанизування кілець різного розміру на вісь;

– м'язовий тонус ніг, його симетричність визначають таким чином: поклавши досліджуваного на спину і захопивши його гомілки, імітують поворотно-поступальні рухи ногами, що нагадують педалювання на велосипеді.

Вивчають ступінь, характер і відмінності м'язової напруги в кожній нозі. В наступному тесті дослідник розводить у боки зігнуті в колінах ноги досліджуваного. При цьому відзначають тугорухливість, надмірне напруження або зростаючий під час 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 найпростішого і найцікавішого для людей всіх віків тесту – «Гра у футбол»;

– уявлення про м'язовий тонус ніг одержують, пропонуючи учню пострибати по черзі на кожній нозі, а потім на обох: як при гіпотонії, так і при спастичності стрибки будуть слабкими, невисокими. При гіпертонусі характерний розгинальний пристрій ступні на поверхні опори, при зниженому тонусі – плоскостопість, відсутність амортизації при приземленні. За допомогою цього ж тесту за характером компенсаторних рухів тулуба і кінцівок визначається й функція рівноваги;

– особливості динамічної рівноваги виявляють за допомогою проби, в якій досліджуваному пропонують пройти по намальованій на підлозі лінії. Його руки при цьому можуть бути на поясі, витягнуті в сторони або вперед, або за головою.

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

– поза Ромберга: стійка із зімкнутими носками і п'ятами і опущеними руками.

При ураженні структур нервової системи, що забезпечують координацію, відмічається похитування тулуба, що посилюється при випрямлянні рук вперед, закритті очей, виставлянні однієї ноги вперед;

– пальце-носова проба: по черзі різними руками із зоровим, а потім без зорового контролю, відводячи в сторони руки, торкаються вказівним пальцем кінчика носа. Дослідник відзначає непопадання;

– п'яточно-колінна проба: п'ятою однієї ноги проводять ковзання вниз по гомілці від коліна до ступні іншої ноги, а потім вгору до коліна. При патології п'ята зісковзує з гомілки;

– проба на непопадання: досліджуваний повинен потрапити пальцем руки в нерухомий палець дослідника (із зоровим і без зорового контролю в горизонтальній і вертикальній площинах). На стороні дефекту наголошується непопадання;

– проба на точність рухів: досліджуваного просять взяти будь яку річ, а потім покласти її на місце, відзначаючи невідповідність рухів цілям задачі;

– диадохокінез: витягнутими руками з розставленими пальцями виконують в швидкому темпі протилежні (супінаційні і пронаційні) рухи. При патології порушується симетричність рухів, вони стають незграбними, розмашистими;

– вивчаючи ходу, відзначають розгойдування, рівномірність кроків, симетричність рухів всього 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 обстеженого проводиться шляхом визначення об'єму пасивних і довільних рухів, а також таких функцій, як сидіння, стояння, ходьба, захват, утримування і переміщення речі рукою.

Обстеження виконується в послідовності:

– дослідження об'єму пасивних рухів в непошкоджених суглобах кінцівок і сегментів хребта;

– дослідження рухової активності в уражених сегментах.

М'язова сила досліджується за методикою мануального м'язового тестування (мнт) методом В. Григоренка й А. Глоби. Мета методики – отримати відомості про силу окремого м'яза або м'язової рупи, що обстежуються при їх активному скороченні й про участь м'язів в русі. Оцінка отриманих результатів відображає можливість хворого здійснювати вольове скорочення досліджуваних м'язів і виконувати заданий рух.

При обстеженні ослаблених м'язів використовуються полегшені положення, прийоми розвантаження з приміненням блокових систем, ковзаючої поверхні, підвісок, гумових амортизацій, водного середовища й ін..

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

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

Мануально-м'язове тестування

За допомогою ММТ визначається ступінь порушення рухових функцій:

– моноплегія (втрата довільних рухів в досліджуваній кінцівці або сегменті) 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 в 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 в м'язах верхньої і нижньої кінцівок з одного боку);

– тетраплегія (втрата довільних рухів у всіх кінцівках) або тетрапарез (зменшення м'язової сили у всіх кінцівках).

З метою визначення рухових можливостей виділяють ряд наступних функцій: здатність утримання вертикальної пози, захоплення речі рукою, утримання речі рукою, сидіння, стояння, ходьба.

Функцію сидіння підрозділяють таким чином:

1) людина не може сидіти без опори рук;

2) може утримувати тулуб у вертикальному положенні, балансує руками, при цьому неможливі нахили вперед, назад або в сторони без опори рук (рукою);

3) може сидіти за рахунок роботи м'язів тулуба і нижніх кінцівок, у тому числі виконуючи нахили вперед, назад або в сторони без допомоги рук.

Функція стояння:

1) людина не може стояти без фіксації кінцівок і опори рук;

2) здатна стояти, спираючись руками на рухливу опору (милиці, тростини);

3) стоїть без опори руками, намагається утримати рівновагу тіла за допомогою стоп, при цьому сила згиначів і розгиначів стоп складає 3 бали по ММТ;

4) стоїть без опори руками, утримуючи рівновагу тіла за допомогою стоп.

Сила згиначів і розгиначів стоп більше 3 балів.

Градація функції ходьби:

– основний спосіб пересування – за допомогою коляски;

– пересування за допомогою фіксуючих апаратів і опори рук на милиці, тростини;

– пересування без фіксуючих апаратів з опорою рук на милиці, тростини;

– можливо пересування без фіксуючих апаратів і без опори руками, при цьому хода паретитична;

– хода звичайна, без дефектів.

Для оцінки функцій стояння й ходьби визначається, за рахунок чого виконуються ці функції (фіксація суглобів, опора руками на милиці або тростини, робота згиначів або розгиначів стоп).

У функції захвату й утримання предмету рукою розрізняють такі здібності:

– не може захопити і утримати предмет однією рукою, захоплює двома руками легкі крупні предмети, притискуючи їх до тулуба;

– у захопленні й утриманні предмету беруть участь пальці кисті, сила згиначів пальців недостатня для захоплення спортивного снаряду (до 3 балів);

– у захопленні й утриманні предмету беруть участь усі пальці кисті, сила згиначів пальців недостатня для силових видів спорту (3–4 бали);

– функція захоплення і утримання предмета рукою повністю збережена.

Окрім рухових функцій при медичному обстеженні з'ясовується функціональний стан органів тазу і шкірних покривів, що часто ушкоджуються при різних нозологіях.

Для АФВ важливі також і результати вивчення щоденної діяльності людини з особливими потребами. За наслідками цих тестів визначаються рухові можливості в положенні лежачи; рухові можливості, пов'язані з одяганням; рухові можливості, пов'язані з коляскою (переміщення з ліжка на коляску, переміщення з коляски на ліжко, переміщення з коляски на сидіння, перехід з сидіння на коляску, перехід з коляски у ванну, перехід з ванни на коляску, управління гальмами візкак, підйом підставки для сходинок візка, опускання підставки для сходинок коляски, пересування на візку: вперед, назад, повороти, підйом по нахилу, спуск по нахилу, закриття й відкривання дверей, закриття і відкривання вікна, перехід із візка в автомобіль, перехід з автомобіля на візок); рухові можливості, пов'язані з харчуванням.

Також можуть бути інформативними для викладача АФВ і результати тестування професійно-побутових видів діяльності інваліда, в якому досліджують: здатність стояти на ногах, ходьбу по рівній поверхні вперед і назад, підйом по сходах, спуск по них, натиск на педалі; діяльність, пов'язану з транспортом (перехід вулиці, користування власним автомобілем, користування суспільним транспортом, здатність пересуватися в автомобілі, вихід із автомобіля, управління автомобілем, користування іншими видами власного транспорту).

У США рухові можливості визначаються за допомогою наступних тестів:

– «Мілані-Компараті тест для малюків» – призначений для віку від народження до 2 років. Включає дослідження рефлексів новонароджених.

Застосовується також при тестуванні більш старших людей з важкими формами дитячого церебрального паралічу;

– «Пібоді градація рухового розвитку» – визначає рухові здібності 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;

– «Бруїнінкс-Озерецкий тест рухової спритності» – досліджує рухові можливості й точність дітей від 4,5 до 14,5 років;

– «Перевірка фізичної форми підлітків за спеціальними параметрами» – тест застосовується для дослідження підлітків з пошкодженням опорно-рухового апарату або нервової системи;

– «Фізичний пік» – визначення фізичного стану школярів. Тест розроблений інститутом Купера і Американською спілкою здоров'я.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Історія процесу інтеграції людей з особливими потребами.
2. Структура системи фізичного виховання аномальних дітей.
3. Зміст законодавчих основ адаптивного фізичного виховання в Україні.
4. Зміст спеціальних методів, що використовуються в адаптивній фізичній культурі.
5. Вимоги до вчителя адаптивного фізичного виховання.
6. Зміст принципів диференціації та індивідуалізації.
7. Характеристика корекційно-розвиваючої спрямованості педагогічного процесу.
8. Характеристика компенсаторної спрямованості педагогічних впливів.
9. Вікові особливості фізичного і психічного розвитку дитини.
10. Значення понять «зона актуального розвитку» і «зона найближчого розвитку».
11. Характеристика принципу адекватності педагогічних впливів в адаптивній фізичній культурі.
12. Характеристика принципу оптимальності педагогічних впливів в адаптивній фізичній культурі.
13. Характеристика принципу варіативності педагогічних впливів в адаптивній фізичній культурі.
14. Методологічні концепції часткових методик адаптивної фізичної культури.
15. Загальні і специфічні завдання адаптивного фізичного виховання дітей.
16. Види і форми занять фізичними вправами при роботі з дітьми інвалідами.
17. Роль мікросоціуму для виховання, розвитку і освіти дітей-інвалідів.

18. Особливості фізичного розвитку дітей з порушенням зору.
19. Характеристика колективної спрямованості адаптивного фізичного виховання дітей з порушенням зору.
20. Протипоказання при регулюванні фізичного навантаження дітей з порушенням зору.
21. Завдання адаптивного фізичного виховання дітей з порушення зору.
22. Методи навчання руховим діям дітей з деривацією зору.
23. Структура занять корекційної спрямованості з дітьми з деривацією зору.
24. Форми підвищення рухової активності дітей з деривацією зору.
25. Психофізичні і рухові особливості слабочуючих дітей.
26. Психофізичні і рухові особливості глухих дітей.
27. Методичні особливості навчання плаванню слабочуючих дітей.
28. Характеристика компенсаторних механізмів в розвитку глухих дітей.
29. Методи комплексного розвитку фізичних якостей у дітей з порушеннями слуху.
30. Особливості психічного розвитку дітей з розумовою відсталістю.
31. Особливості фізичного розвитку дітей з розумовою відсталістю.
32. Завдання адаптивного фізичного виховання дітей з розумовою відсталістю
33. Засоби фізичної культури для дітей з розумовою відсталістю.
34. Особливості методики навчання руховим діям дітей з розумовою відсталістю.
35. Методика розвитку фізичних якостей у дітей з розумовою відсталістю.

36. Шляхи активізації пізнавальної діяльності з допомогою рухливих ігор у дітей з розумовою відсталістю.
37. Розвиток м'язів при ДЦП.
38. Розвиток рефлексів при ДЦП.
39. Засоби розвитку рівноваги при ДЦП.
40. Засоби формування повзання при ДЦП.
41. Засоби формування стояння і ходьби при ДЦП.
42. Завдання занять по адаптивному фізичному вихованню при ДЦП.
43. Тести оцінки ефективності корекції рухових порушень при ДЦП.
44. Методи розвитку сили м'язів при мієлопатії.
45. Методика навчання підтриманню вертикальної пози при мієлопатії.
46. Методика проведення тренувань на тредмілі при мієлопатії.
47. Тренування спинальної локомоторної активності як основа відновлення ходьби. Етапи рухової реабілітації.
48. Характеристика порушень чутливості при мієлопатії.
49. Зміст фантомно-імпульсивної гімнастики.
50. Характеристика рухливих ігор, в яких можуть приймати участь діти з дефектами верхніх і нижніх кінцівок.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Адаптивное физическое воспитание и спорт / под ред. Джозефа П. Винника; пер. с англ. И. Андреев. – К. : Олимп. Лит., 2010. – 608 с.
2. Антонюк С. Д. Адаптивное воспитание в практике спортивно-оздоровительной работы: Учеб.-метод. пособие / С. Д. Антонюк, Л. Н. Макарова, А. В. Сычов. – Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г. Р.Державина, 2004.
11. Антонюк С. Д. Современные подходы к адаптации детей с особыми образовательными потребностями: Учеб.-метод. пособие / С. Д. Антонюк, М. В. Хватова, П. В.Климов. – Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г.Р.Державина, 2005.
12. Байкина Н. Г. Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих / Н. Г. Байкина, Б. В. Сермеев. – М. : Советский спорт, 1991. – 84 с
13. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: Учеб. Пособие. / Т. П. Бегидова – М. : Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
14. Бортфельд С. А. Двигательные нарушения и ЛФК при ДЦП / С. А. Бортфельд. – Л., 1971.
3. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів: [підручник] / Ю. А. Бріскін. – К. : Олімпійська література, 2006. – 124 с.
15. Власова Т. А. О детях с отклонениями в развитии / Т.А.Власова, М. С. Певзер. – М. : Просвещение, 1973.
16. Гросс Н. А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Н. А. Гросс. – М., 2000. – 224 с.
17. Дмитриев А. А. Физическая культура в специальном образовании: учеб. пособие / А. А. Дмитриев. – М. : Академия, 2002.

4. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура : учебное пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.
5. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебное пособие / С. П. Евсеев. – М. : Советский спорт. – 2002.
18. Зациорский В. М. Физические качества спортсмена / В. М. Зациорский. – М. : ФиС, 1970.
19. Левченко И. Ю. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учебное пособие / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Академия, 2001.
6. Литош Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями развития : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : СпортАкадемПресс, 2002 – 140 с.
20. Ростомашвили Л. Н. Адаптивное физическое воспитание. Авторская программа для детей с тяжелой патологией : учеб.-метод. пособие / Л. Н. Ростомашвили. – СПб., 1997.
7. Теорія і методика фізичного виховання. / Методика фізичного виховання різних груп населення / за ред. Т. Ю. Круцевич. / Т.2 – К. : Олімпійська література. – 2008. – 367 с.
21. Теорія і методика фізичного виховання. / Методика фізичного виховання різних груп населення / за ред. Т.Ю.Круцевич. / Т.2 – К. : Олімпійська література. – 2008. – 367 с.
22. Физическая реабилитация: Учеб. для студ-тов вузов / Под общ. ред. С. Н. Попова. – Ростов н/Д : Феникс, 2005.
23. Частные методики адаптивной физической культуры: Учеб. пособие / под ред. Л.В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2003.
24. Шапкова Л. В. Средства адаптивной физической культуры : метод. рек.-ции по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2001.

25. Шапкина Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры : учебное пособие / Л. В. Шапкина. – М. : Советский спорт, 2003. – 464 с.
26. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич / Л. М. Шипицына, И. И. Мамайчук. – СПб. : Дидактика плюс, 2001.

ДОДАТКИ

Додаток А

ІНСТРУКТИВНО-МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО ВИКОНАННЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Змістовний модуль 1

Тема: ВВЕДЕННЯ В КУРС

«АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА»

САМОСТІЙНА РОБОТА № 1

Тема: Вступ в адаптивну фізичну культуру

Мета роботи: закріпити знання студентів із вивченої теми.

Завдання: проаналізувати наукову літературу за темою та підготувати доповіді у вигляді слайдів (тему студенти обирають самостійно). Тривалість доповіді 5–7 хвилин.

Методика роботи: робота за темою виконується згідно проаналізованим літературним джерелам.

Література:

1. Адаптивное физическое воспитание и спорт / под ред. Джозефа П. Винника; пер. С англ. И. Андреев. – К. : Олимп. Лит., 2010. – 608 с.
2. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: Учеб. Пособие. / Т. П. Бегидова – М. : Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
3. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів: [підручник] / Ю. А. Бріскін. – К. : Олімпійська література, 2006. – 124 с.
4. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура : учебное пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.
5. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебное пособие / С. П. Евсеев. – М. : Советский спорт. – 2002.

САМОСТІЙНА РОБОТА № 2

Тема: Основні поняття й терміни адаптивної фізичної культури

Мета роботи: закріпити знання студентів із вивченої теми.

Завдання: проаналізувати наукову літературу за темою та підготувати доповіді у вигляді слайдів (тему студенти обирають самостійно). Тривалість доповіді 5–7 хвилин.

Методика роботи: робота за темою виконується згідно проаналізованим літературним джерелам.

Література:

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

7. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: Учеб. Пособие. / Т. П. Бегидова – М. : Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.

8. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів: [підручник] / Ю. А. Бріскін. – К. : Олімпійська література, 2006. – 124 с.

9. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура : учебное пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.

10. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебное пособие / С. П. Евсеев. – М. : Советский спорт. – 2002.

САМОСТІЙНА РОБОТА № 3

Тема: Принципи і функції адаптивної фізичної культури.

Мета роботи: закріпити знання студентів із вивченої теми.

Завдання: за допомогою мережі INTERNET підібрати відеороліки або відеофільми за темою самостійної роботи № 3.

Методика роботи: тему студенти обирають самостійно.

Література:

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

12. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: Учеб. Пособие. / Т. П. Бегидова – М. : Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.

13. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів: [підручник] / Ю. А. Бріскін. – К. : Олімпійська література, 2006. – 124 с.

14. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура : учебное пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.

15. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебное пособие / С. П. Евсеев. – М. : Советский спорт. – 2002.

Змістовний модуль 2

Тема: МЕТОДИКА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

САМОСТІЙНА РОБОТА № 1

**Тема: Засоби та методи адаптивної фізичної культури
(на прикладі вибраної фізичної вправи).**

Мета роботи: Навчити визначати основи, основну ланку та деталі техніки обраної фізичної вправи; особливості використання методів фізичного виховання у відповідності до етапу навчання обраної рухової дії.

Завдання: проаналізувати практичне заняття з обраного виду спорту чи спеціальної дисципліни.

Методика роботи: робота за темою виконується на базі дошкільних чи загальноосвітніх закладів.

Література:

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

17. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: Учеб. Пособие. / Т. П. Бегидова – М. : Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.

18. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів: [підручник] / Ю. А. Бріскін. – К. : Олімпійська література, 2006. – 124 с.

19. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура : учебное пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2000. – 240 с.

20. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебное пособие / С. П. Евсеев. – М. : Советский спорт. – 2002.

САМОСТІЙНА РОБОТА № 2

**Тема: Методика розвитку фізичних якостей
(нозологія та одна фізична якість за вибором студента)**

Мета роботи: Поглибити і закріпити знання студентів із методики розвитку окремих фізичних якостей; вдосконалювати вміння здійснювати аналіз спеціальної літератури за обраною темою.

Завдання: скласти схему занять (або комплекс вправ), що спрямовані на розвиток певної рухової якості.

Методика роботи: Характеристика навчальної групи, для якої розробляється схема заняття (вік, стать, нозологія – за

вибором студента). Зміст тренувального заняття (засоби, їх дозування – обсяг, інтенсивність).

Література:

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

2. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: Учеб. Пособие. / Т. П. Бегидова – М. : Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.

3. Литош Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями развития : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : СпортАкадемПресс, 2002 –140 с.

4. Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры : учебное пособие / Л. В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2003. – 464 с.

САМОСТІЙНА РОБОТА № 3

Тема: Складання конспекту уроку (нозологія та тема за вибором студента)

Мета роботи: навчити складати конспект уроку. Поглибити та закріпити знання студентів з даної теми.

Завдання: скласти конспект уроку з адаптивної фізичної культури на основі аналізу програми фізичного виховання та нозології.

Методика роботи: скласти схему завдань (освітніх, виховних, оздоровчих, корекційних). Зміст заняття (засоби, їх дозування – обсяг, інтенсивність, методичні та організаційні вказівки).

Література:

Форма контролю: аналіз і розбір виконаного самостійного завдання відбувається на занятті за даною темою.

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

2. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебное пособие / С. П. Евсеев. – М. : Советский спорт. – 2002.

Глосарій

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

Інвалід – особа зі стійким порушенням функцій організму, котре є наслідком захворювань, травм або природжених дефектів, засвідчених у встановленому порядку органами охорони здоров'я, що призводить до обмеження життєдіяльності людини, потреби в соціальній допомозі та захисті.

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

Компоненти (види) адаптивної фізичної культури: адаптивне фізичне виховання, адаптивний спорт, адаптивна рухова реабілітація, адаптивна фізична рекреація, креативні тілесноорієнтовані практики й екстремальні види рухової активності.

Адаптивне фізичне виховання (АФВ) – наука, що вивчає процес різних аспектів фізичного виховання людей, які втратили на тривалий час або назавжди будь-які функціональні можливості, в тому числі рухові.

Адаптивна реабілітація спрямована на відновлення у людей з обмеженими фізичними спроможностями тимчасово втрачених або порушених функцій (крім втрачених або порушених на тривалий час у зв'язку з основним захворюванням – причиною інвалідності) після перенесених захворювань, травм, фізичних і психічних перенапружень, що виникли у

процесі будь-якого виду діяльності або будь-яких життєвих обставин.

Адаптивна рекреація спрямована на активізацію, підтримання й відновлення фізичних сил, що витрачаються людьми з обмеженими фізичними спроможностями за час будь-якої діяльності: роботи, навчання, спорту і на профілактику стомлення, на розваги, цікаве проведення вільного часу, оздоровлення, покращання кондиції, «підвищення рівня життєздатності через задоволення».

Спорт інвалідів, або адаптивний спорт, мета якого – формувати у людей з обмеженими фізичними спроможностями високу спортивну майстерність і досягнення ними найвищих результатів у різних видах змагальної діяльності людей, котрі мають аналогічні проблеми зі здоров'ям.

Напрями інваспорту:

спорт паралімпійський (об'єднує представників п'яти нозологій – інвалідів зору, ампутантів, параплегіків, представників медичної групи з різними пошкодженнями системи руху, а також інвалідів з церебральним паралічем. Головними змаганнями є Паралімпійські ігри);

спорт дефлімпійський (об'єднує інвалідів слуху, а головними змаганнями є Дефлімпійські ігри);

спорт людей, які мають вади інтелектуального розвитку (головні змагання – Спеціальні Олімпіади).

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

Креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики адаптивної фізичної культури визначають, як

компонент (вид) адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби людини з відхиленнями в стані здоров'я (включаючи інваліда) в самоактуалізації, творчому саморозвитку, самовираженні духовної суті через рух, музику, образ (зокрема художній), інші засоби мистецтва.

Екстремальні види рухової активності – компоненти (види) адаптивної фізичної культури, що задовольняють потреби осіб з відхиленнями в стані здоров'я в ризику, підвищеній нарузі, потребі випробувати себе в незвичайних, екстремальних умовах, об'єктивно і (або) суб'єктивно небезпечних для здоров'я й навіть для життя.

Дефектологія – система наук, що вивчає психофізичні особливості розвитку осіб із фізичними і психічними недоліками, закономірності їх виховання й навчання. Дефектологія об'єднує ряд спеціальних напрямів:

олігофренопедагогіку – розвиваюче виховання розумово відсталих осіб, сурдопедагогіку – педагогіку глухих і слабочуючих, логопедію – корекцію мовних порушень, тифлопедагогіку – педагогіку сліпих і слабозорих, тифлосурдопедагогіку – виховання, розвиток, адаптацію і реабілітацію сліпоглухонімих людей.

Загартування – цілеспрямований вплив на організм природними загартовувальними засобами з метою підвищення рівня здоров'я шляхом формування механізмів адаптації до несприятливих впливів температури повітря, води, атмосферного впливу, сонячної радіації.

Індивідуальна програма реабілітації і адаптації інваліда – комплекс оптимальних для конкретної людини видів, форм, об'ємів, термінів і порядку проведення реабілітаційних заходів.

Лікарсько-педагогічний контроль – це система медичних і педагогічних спостережень, що забезпечують ефективне використання засобів і методів фізичного виховання, підвищення рівня здоров'я й удосконалення фізичного розвитку.

Поле зору – це простір, що сприймається одним оком при його непорушному стані.

Принципи адаптивної фізичної культури – найбільш загальні теоретичні положення, що об'єктивно відображають сутність і фундаментальні закономірності навчання, виховання.

Світловідчуття – здатність сітківки сприймати світло і розрізняти його яскравість.

Соціальний захист інвалідів – система правових, економічних і соціально-побутових заходів, спрямованих на забезпечення потреби людей з обмеженими фізичними можливостями у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посиленій професійній і громадській діяльності і реалізацію ними прав и свобод нарівні з усіма громадянами суспільства.

Олімпійський рух інвалідів – складова сучасного олімпійського руху, що об'єднує організації, спортсменів та інших осіб, зокрема людей з особливими потребами.

Згідно з Олімпійською хартією, критерієм належності до олімпійського руху є визнання МОК. Нині МОК визнані Паралімпійські ігри, Дефлімпійські ігри та Ігри Спеціальних Олімпіад.

Державний комітет України з питань фізичної культури і спорту спільно з Національним олімпійським комітетом забезпечує підготовку і участь інвалідів в Паралімпійських іграх і міжнародних іграх інвалідів.

Навчальне видання

СОКОЛЕНКО ОЛЕНА ІВАНІВНА

Адаптивна фізична культура

Навчально-методичний посібник
для магістрантів спеціальності «Фізичне виховання»

За редакцією автора
Комп'ютерній макет – Соколенко О. І.
Коректор – Соколенко О. І.

Здано до склад. _____ р. Підп. до друку _____ р.

Формат Папір офсет. Гарнітура times New Roman
Друк ризо графічний. Ум. друк. арк. Наклад 100 прим.

Видавництво