

Міністерство освіти і науки України
Миколаївський національний університет імені В.О.Сухомлинського
Факультет фізичної культури та спорту

Кафедра теорії та методики
фізичної культури

ЛЕКЦІЯ № 1

з дисципліни **Адаптивне фізичне виховання**

Тема: **Види адаптивної фізичної культури, їх характеристики**

Лекція 1.

Тема: Види адаптивної фізичної культури, їх характеристики

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

Завдання лекції:

1. Охарактеризувати теорію адаптивного фізичного виховання .
3. З'ясувати роль викладача в адаптивному фізичному вихованні.

План

1. Основні поняття адаптивного фізичного виховання .
2. Теорія адаптивного фізичного виховання.
3. Матеріально- технічне забезпечення адаптивного фізичного виховання .

Ключові терміни і поняття: адаптивне фізичне виховання, адаптивна фізична культура, інвалід, інвалідність, адаптивний спорт, адаптивна рухова реабілітація, реабілітація інвалідів, адаптивна фізична рекреація, соціальний захист інвалідів, індивідуальна програма реабілітації й адаптації інваліда, дефектологія, логопедія, олігофренопедагогіка, сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, тифлосурдопедагогіка.

1. Основні поняття адаптивного фізичного виховання .

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

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

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

За законами фізіології провідна роль в цьому процесі належить фізичному вихованню. Це знайшло своє відображення в нормативно-програмних документах: воно є інваріантною складовою системи корекційної педагогіки в усіх типах начальних закладів для неповносправних. У той же час аналіз навчальних програм та наукових публікацій свідчить про значну недостатність програмного науково-

методичного забезпечення цього процесу. Дослідженням виявлений великий суспільний запит щодо розвитку фізичного виховання, фізичної рекреації та оздоровчої фізичної культури неповносправних, з одного боку, і відсутність державного статусу відповідної галузі діяльності, у тому числі наукової галузі, – з другого.

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

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

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

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

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

Це поняття є одночасно медичним, соціальним і юридичним, оскільки пов'язане зі станом здоров'я людини та її трудовою діяльністю визначається медико - соціальною експертизою в результаті обстеження органами охорони здоров'я осіб, які частково або повністю втратили здоров'я внаслідок захворювання, травм та вроджених дефектів, що обмежують їхню життєдіяльність, а також осіб, які мають відповідно до законодавства праве на соціальну допомогу, компенсацію втраченого заробітку або звільнення від виконання відповідних обов'язків. При цьому встановлюють

ступінь обмеження життєдіяльності, працездатності, групи інвалідності, визначають для кожного інваліда відповідно до стану здоров'я від трудової діяльності та умови праці, котрі сприяли б відновленню порушених функцій організму. Для кожного інваліда розробляють індивідуальну програму адаптаційно-реабілітаційних заходів.

Соціальний захист інвалідів — система правових, економічних і соціально-побутових заходів, спрямованих на забезпечення потреб людей з обмеженими фізичними спроможностями у відновленні здоров'я, матеріальному забезпеченні, посиленні професійній та громадській діяльності та реалізації ними прав і свобод на рівні з усіма громадянами держави.

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

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

У найбільш узагальненому вигляді **завдання АФК можна розділити на дві групи: Перша група завдань** впливає з особливостей людей із відхиленнями здоров'я та (чи) інвалідів, які займаються АФК. Це корекційні, компенсаторні і профілактичні завдання.

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

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

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

Адаптивне фізичне виховання (освіта)– компонент (вид) АФК, що задовольняє потреби індивіда з відхиленнями стану здоров'я в його підготовці до життя, побутової та найменшої трудової діяльності; формує позитивне та активне ставлення до АФК.

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

Адаптивна рухова рекреація – компонент (вид) АФК, що дозволяє задовольнити потреби людини з відхиленнями стану здоров'я (включаючи інвалідів) у відпочинку,

розвагах, цікавому проведенні дозвілля, зміні вигляду, отриманні задоволення, у спілкуванні.

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

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

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

У більшості випадків вони пов'язані з проблемами взаємодії людини з навколишнім середовищем: сприйняттям й оволодінням простору, маніпулятивною діяльністю предметами, подоланням проблемних ситуацій у побуті, на роботі тощо. Однією з головних проблем АФК є проблема вивчення потреб, мотивів, інтересів, орієнтованих на осіб із відхиленнями стану здоров'я та інвалідів, особливостей їх індивідуальності; проблема дослідження процесу формування та коригування концепції життя цієї категорії населення, подолання психологічних комплексів за допомогою засобів і методів АФК.

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

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

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

Дефектологія - система наук, яка вивчає психофізичні особливості розвитку осіб із

фізичними та психічними вадами, закономірності їх виховання, освіти, навчання.

Дефектологія поєднує ряд спеціальних напрямів: **олігофренопедагогіку** — розвиває виховання розумово відсталих осіб, **сурдопедагогіку** — педагогіку глухих і тих, хто слабо чує, **логопедію** — корекцію мовних порушень, **тифлопедагогіку** — педагогіку сліпих і тих, хто слабо бачить, **тифлосурдопедагогіку** — виховання, розвиток, адаптацію й реабілітацію сліпоглухонімих людей.

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

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

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

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

Спорт інвалідів, або адаптивний спорт, переслідує мету - *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.* Містить у собі **три головних напрями**: *паралімпійський рух, Спеціальну олімпіаду й Всесвітні ігри глухих ("Тихі ігри")*, які охоплюють інвалідів практично всіх нозологій.

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

АФВ відрізняється від фізичної реабілітації наявністю в його змісті значного обсягу спортивних ігор і рекреативних заходів, цілеспрямованості для заохочення до спортивних занять, по можливості, найбільшій кількості учасників — як інвалідів, так і здорових осіб. Від спорту АФВ відрізняє адаптаційно-оздоровча спрямованість та орієнтація на досягнення, насамперед, взаєморозуміння, співпереживання, взаємодопомоги та дружніх відносин, які забезпечують об'єднання людей з різними фізичними спроможностями.

Процес неспеціальної фізкультурної освіти для осіб із обмеженими можливостями

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

2. Теорія адаптивного фізичного виховання.

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

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

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

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

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

Найважливішою проблемою теорії АФК є вивчення особливостей розумового, морального, естетичного, трудового виховання у собі фізичними вправами. Для багатьох інвалідів АФК - єдиний спосіб “розірвати” замкнутий простір, увійти в соціум, знайти нових друзів, отримати змогу спілкуватися, переживати повноцінні

емоції, пізнавати світ тощо. Саме так, найчастіше вперше у своєму житті, вони пізнають радість руху, навчаються перемагати, цінувати й гідно переносити поразки, усвідомлюють щастя подолання самого себе й “кжною клітинкою власного тіла відчувають філософію “чесної гри”.

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

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

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

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

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

Шляхи підвищення інтересу до занять:

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

Шляхи підвищення інтересу до виконання фізичних вправ:

- зміна вихідних положень;

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

У разі дефекту аналізатора порушується сприйняття: інформація, що надходить ушкодженою системою, або відсутня взагалі, або значно ушкоджена, змінена. При цьому людина орієнтується на інші сенсорні системи — збережені. Якість сприйняття залежить від якості стимулу, часу дії стимулу, кількості стимулів. Сприйняття класифікують за сенсорним характером стимулу: зорове, звукове, гравітаційне, тактильне, нюхове.

Сприйняття можна також класифікувати за кінцевим результатом:

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

За обсягом сприйняття класифікується як просте і складне.

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

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

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

Процес створення уявлення у того, кого навчають, про предмет навчання вимагає наявності в нього певного рівня уваги і спостережливості. Спостережливість відрізняється від простого сприйняття активним і цільовим характером. Умови розвитку спостережливості — інтерес до того, за чим спостерігають. Таким чином, для того щоб зробити учня уважним до дії (або предмета), слід створити для нього проблемні умови, у вирішенні яких дія (або предмет), що вивчається, стають метою.

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

- всю інформацію про дію (або предмет, з яким треба діяти);
- умови дії;

- з чого починається дія;
- зміст дії;
- послідовність дії.

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

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

Навчання відбувається в процесі вирішення послідовності завдань, кожне з яких розвиває попереднє. Від індивідуальних особливостей сприйняття того, кого навчають, залежить і сенсорний аналіз дії, що виконується.

Рекомендується наступна послідовність формування просторових уявлень:

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

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

У сучасній корекційній педагогіці простір класифікують таким чином:

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

У процесі навчання дії розглядаються аналогії, встановлюються причинні залежності, робляться узагальнення і висновки, проводиться систематизація.

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

Питання, котрі спрямовують увагу учнів, формулюються таким чином, щоб їх

можна було використати і в інших життєвих випадках:

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

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

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

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

- 1) за змістом;
- 2) створення асоціацій за подобою;
- 3) створення асоціацій за контрастом.

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

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

На процес навчання впливають такі психологічні закономірності:

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

3.Матеріально- технічне забезпечення адаптивного фізичного виховання

Заняття фізичними вправами проводяться у спеціально призначених для цього спортивних приміщеннях відповідних установ, але варто зазначити, що оскільки кінцевою метою адаптивного фізичного виховання є інтеграція інвалідів у

суспільство, бажано, по можливості, проводити заняття АФВ у громадських спортивних спорудах і на спортивних майданчиках. Головні критерії у виборі спортивної бази:

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

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

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

Загальні вимоги до обладнання:

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

Відомо, що "предмет формує поняття", тому практичні дії з предметами мають велике розвиваюче значення. У зв'язку з цим рекомендується спортивний інвентар та обладнання, здатні привернути увагу, зацікавити, спонукати до дії: яскраві, різноманітних привабливих форм, які асоціюються із знайомими учням образами або незвичні різних розмірів різнокольорові м'ячі, гімнастичні палиці, кільця, обручі, булави, набивні м'ячі, скакалки, прапорці, баскетбольні кошики, сітки, кубики, валики, кеглі, іграшки різних розмірів (для вправ із розвитку спритності, тактильної чутливості, дрібних рухів кисті).

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

У АФВ рекомендується використовувати площу, відведену для занять, з максимальною ефективністю; організувати місце занять з урахуванням можливостей учнів, для чого групи відповідно до фізичних спроможностей

виділяють певними умовними знаками; також рекомендується залучати усіх учнів до підготовки спортивного майданчика до занять і допоміжних дій.

4. Викладач в адаптивному фізичному вихованні.

У роботі з людьми з особливими потребами роль викладача надто велика. Це пов'язано як з обмеженим колом спілкування людини зі стійкими вадами, так і зі значущістю процесів навчання й адаптації у житті інваліда. Уявлення дитини-інваліда великою мірою залежать від особистості викладача: його цінностей, мудрості, чуткості, терпіння, чесності і справедливості, любові до людей і життя; можливості допомогти дитині перемогти трагічну долю, навчити її долати життєві кризи і проблеми; розкрити особистість, реалізувати творчий потенціал. Для цього викладачеві необхідно самому бути неабиякою особистістю, мати достатньо сил, щоб долати життєві проблеми і вести за собою своїх учнів. Викладачеві необхідно мати сильний характер: твердість, витримка, терпіння, вміння задовольнятися невеликими успіхами, стриманість у прояві емоцій, у рухах і поведінці. Велике виховне значення мають зразкова поведінка, справедливе безпристрасне ставлення до усіх членів колективу. В АФВ абсолютно неприпустиме висміювання будь-якої слабкості та резонерство з боку викладача. Важливо імпонувати дітям і керувати ними. Це можливо у разі захоплення своєю працею і вмінні ділитися цим захопленням.

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

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

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

Управління процесом АФВ можна представити у вигляді такого алгоритму:

- Визначення мети навчальної програми і цілей учня.
- Постановка мети роботи з урахуванням указаних вище цілей.
- Складання прогнозу з урахуванням комплексу показників, позитивних і негативних факторів, потреб у ресурсах (помічники, фінансування, матеріально-технічне та науково-методичне забезпечення).

- Визначення пріоритетів, кінцевого результату, критеріїв оцінки, системи контролю.
- Програмування основних етапів навчального процесу.
- Делегування обов'язків.
- Розподіл ресурсів за програмою на кожний вид роботи у процесі фізичного виховання. Уточнення і планова оцінка витрат сил і матеріальних витрат для досягнення мети.
- Визначення завдань, показників, термінів і періодичність контролю, призначення відповідального за контроль.

5. Робота з волонтерами

Характерна особливість АФВ - максимальне залучення до навчального процесу добровільних помічників і учасників: батьків або родичів учнів, старших учнів, усіх бажаючих. Таке збільшення «тренерської команди» одночасно полегшує проведення заняття, робить його більш цікавим і в той самий час підвищує вимоги до викладача як до організатора.

У зв'язку з цим викладачеві необхідно вирішувати ряд завдань:

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

Важливі вимоги до вибору волонтера - доброзичливість, здатність до співпереживання, відчуття відповідальності, наявність часу для участі у заняттях, готовність до роботи, до самонавчання.

Інструктуючи волонтера, необхідно чітко, ясно й однозначно викладати мету, завдання та вимоги занять.

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

У роботі з волонтерами не слід забувати такі правила:

- завжди дякуйте волонтерів за прикладені зусилля;
- критика повинна бути конфіденційною та конструктивною;
- постійно запитуйте волонтерів про їхні ідеї щодо покращання навчального процесу;
- продемонструйте волонтерам наочний результат їхніх зусиль: як зав-

дяки їхнім діям змінилося життя учнів.

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

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

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

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

Висновки

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

По засвоєнню лекції студент повинен:

- **знати** мету, завдання та теорію адаптивного фізичного виховання;
- **вміти** надати першу долікарську медичну допомогу особам з обмеженими фізичними спроможностями в процесі адаптивного фізичного виховання.

Питання для самоконтролю

1. Який зв'язок адаптивного фізичного виховання з іншими науками та навчальними дисциплінами ?
2. Адаптивне фізичне виховання, як наука та навчальна дисципліна.
3. Яка мета та завдання адаптивного фізичного виховання?
4. Охарактеризувати поняття «адаптивна фізична культура», «адаптивне фізичне виховання».
5. Охарактеризувати поняття «адаптивний спорт», «адаптивне фізичне виховання».
6. Охарактеризувати поняття «фізична реабілітація», «адаптивна фізична рекреація».
7. Охарактеризувати поняття «інвалід», «інвалідність», «соціальний захист інвалідів».
8. Охарактеризувати поняття «дифектологія», «корекційна педагогіка».
9. У чому полягають відмінності адаптивного фізичного виховання ?

Література

- 1.Бріскін Ю.А. Спорт інвалідів у міжнародному спортивному русі. - Львів: Край, 2006. - 346с.
- 2.Евсеев С.П., Шпакова Л.В. Адаптивная физическая культура. Учебное пособие. - М.: Советский спорт, 2000. - 240с.
- 3.Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания. Том 2. - К.: Олимпийская литература, 2003 - 390с.
- 4.Теорія і організація АФК: підручник. У 2 т. Т. 1: Введення ЄІАС у спеціальність. Історія, організація та загальна характеристика АФК / під загальною ред. Проф. С.П. Євсеева. – 2- вид., випр. і доп. – М.: Радянський спорт, 2005. – 296 с.
5. Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание: Монографія.– К.: Наукова думка, 2000 – 360с.
6. Чудна Р.В. Концептуальні основи фізичного виховання неповносправних в США // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. Зб. Наук. Пр. під ред. Єрмакова С.С. – Харків: ХДАДМ (ХХІІІ), 2002. – №18. – с.24–29.

Лекція 2

Тема: Мета, завдання, принципи та засоби адаптивного фізичного виховання

Мета лекції: з'ясувати мету, завдання, основні принципи, засоби та методи адаптивного фізичного виховання.

План

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

Завдання:

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

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

1. Мета та задачі адаптивного фізичного виховання.

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

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

У найбільш узагальненому вигляді **завдання АФК можна розділити на дві групи:**
Перша група завдань впливає з особливостей людей із відхиленнями здоров'я та

(чи) інвалідів, які займаються АФК. Це корекційні, компенсаторні і профілактичні завдання.

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

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

2. Принципи, засоби, методи та організаційні форми адаптивного фізичного виховання.

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

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

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

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

Окрім того, вчителю необхідно також знати загальні закономірності патологічного процесу, який має місце в учня; орієнтуватися у пов'язаних із цим захворюванням змінах у руховій активності; добре розбиратися не тільки у фізичному, але й психічному потенціалі свого підопічного (в тому числі знати його

реакцію на самий стан інвалідності); враховувати протипоказання, пов'язані з ризиком погіршення стану здоров'я, і конкретні індивідуальні заходи безпеки.

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

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

Принцип послідовності вивчення вправ безпосередньо пов'язаний принципом доступності. Визначаючи послідовність, варто керуватися закономірностями перенесення рухових навичок та "вроджених автоматизмів", які збереглися в інвалідів

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

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

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

Із цією метою дозовано й індивідуально збільшують обсяг та інтенсивність тренувального заняття. Збільшення параметрів навантаження повинно

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

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

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

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

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

Спеціальні принципи АФВ:

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

на більш високому рівні з урахуванням того, що пізнавальні можливості учня порівняно з попереднім періодом зросли.

Серед основних принципів спорту інвалідів варто, на наш погляд, розглядати **загальні принципи** – гуманістичності, соціалізації, оздоровчої та реабілітаційної спрямованості; **методичні принципи** – принцип свідомості та активності, принцип наочності, принцип доступності та індивідуалізації, принцип систематичності та безперервності; а також **специфічно-спортивні принципи** – принцип спрямованості до вищих досягнень та принцип нозологічної детермінованості структури змагальної діяльності та підготовки спортсменів. Загальними принципами спорту інвалідів є принципи гуманістичності, соціалізації, оздоровчої та реабілітаційної спрямованості.

Принцип гуманістичності спорту інвалідів передбачає визнання цінності кожної окремої особи незалежно від ступеня фізичних чи інтелектуальних порушень, поваги до її вибору та бажань, створення рівноправних умов для занять спортом, розкриття усіх особистих можливостей. Принцип соціалізації передбачає спрямованість спорту інвалідів на створення підґрунтя для набуття соціального досвіду, включення до суспільного життя, професійного навчання і перенавчання, можливості соціально корисної трудової діяльності, матеріального забезпечення тощо. Принцип оздоровчої та реабілітаційної спрямованості спорту інвалідів передбачає переважну орієнтацію діяльності не лише і не стільки на досягнення максимально можливого результату (детерміноване не лише ефективністю методики підготовки, талантом і працездатністю, а, перш за все, рівнем збереження можливостей організму), а на зміцнення здоров'я, розвиток фізичних якостей, компенсацію недостатньо розвинених, порушених або втрачених функцій, адаптацію до зовнішніх умов, активізацію адаптаційних і компенсаторних процесів, покращання якості життя. На жаль, у сучасному спорті інвалідів цей принцип реалізується не у повній мірі. Наприклад, в Україні, яка за темпами розвитку національного паролімпійського руху (за показниками результативності участі у Паралімпійських іграх), визнана одним із світових лідерів, у системі центрів „Інваспорт” спортом займаються менш, ніж 2 % інвалідів, тобто понад 98% інвалідів не охоплено спортивно-оздоровчою діяльністю.

Методичні принципи спорту інвалідів – принцип свідомості й активності, принцип наочності, принцип доступності й індивідуалізації, принцип систематичності та безперервності – змістовно віддзеркалюють відповідні принципи фізичного виховання, адаптивного фізичного виховання, адаптивної фізичної культури, системи підготовки спортсменів, і, на наш погляд не потребують спеціального розгляду у межах цієї роботи. Варто відзначити лише, що реалізація загально методичних принципів спорту інвалідів має яскраво виражений

нозологічно детермінований характер. Наприклад, реалізація принципу свідомості і активності може ускладнюватися нозологічними особливостями спортсменів з вадами інтелекту. Реалізація принципу наочності у спортивних заняттях серед спортсменів з вадами слуху та вадами зору передбачає використання специфічних способів демонстрації. Відомо, що наочність для спортсменів з вадами слуху обумовлюється обмеженістю сприйняття через відсутність слухових відчуттів, обмеженості дактильномовного спілкування і пояснення тощо, і компенсація порушень слуху відбувається за рахунок зорових, тактильних та кінестетичних сприйнять. Для спортсменів з вадами зору (що він забезпечує 80% інформації у звичайних умовах) принцип наочності реалізується через використання залишкового зору, слуху, тактильних та кінестетичних сприйнять, спортсменів з пошкодженнями опорно-рухового апарату – комплексним використанням сенсорних систем за винятком нозологічно обумовлених обмежень.

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

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

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

спрямованості до вищих досягнень реалізується індивідуально для кожного спортсмена, якому створюються умови для максимальної самореалізації.

Принцип нозологічної детермінованості структури змагальної діяльності та підготовки спортсменів передбачає створення унікальних нозологічно детермінованих видів спорту, наприклад голболу та хокею на підлозі або нозологічно обумовлену адаптацію структури та змісту діяльності у олімпійських та неолімпійських видах спорту, наприклад змагання у візках, лижні гонки сидячи, біатлон із звуковою мішенню тощо. В свою чергу, структура змагальної діяльності визначає, у відповідності із принципом єдності структури змагальної діяльності та структури підготовленості, передбачає відповідну модифікацію засобів і методів підготовки спортсменів-інвалідів. Слід зауважити, що спорт інвалідів у частині паралімпійського та дефлімпійського спорту, передбачає, поряд із власними специфічно-спортивними принципами, реалізацію усіх принципів системи підготовки спортсменів – принципів єдності поступовості збільшення навантажень та тенденції до максимальних навантажень, хвилеподібності та варіативності навантажень, циклічності процесу підготовки, єдності та взаємозв'язку тренувального процесу та змагальної діяльності із поза тренувальними факторами, взаємообумовленості ефективності тренувального процесу і профілактики травматизму.

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

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

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

• **Рухливі ігри** володіють високим оздоровчим і виховним потенціалом. Правила рухливих ігор диктують швидкі різноманітні фізичні дії учасників. Ситуація гри постійно змінюється, висуваючи перед гравцем вимоги до концентрації уваги, правильного її розподілу і переключення, доброї координації рухів. Заняття рухливими іграми дають можливість нормалізувати рухливість

нервових процесів, розвивають увагу, пам'ять, ініціативу, вольові якості, сприйняття просторової і часової орієнтації, зміцнюють серцево-судинну і дихальну системи, активізують обмін речовин, розвивають руховий апарат. Ігри допомагають формувати емоційно-вольову сферу і моральні якості.

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

Нині в адаптивному спорті популярні такі спортивні ігри та єдиноборства:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Вправи при опорному положенні (опора — дно басейну). При цьому рівень води знаходиться на рівні від поясу до плечей. Сюди належать ходьба, біг, стрибки, загально розвиваючі вправи, елементи танцю, швидкісні пересування усією площею

басейну бігом, стрибками; вправи на гнучкість.

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

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

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

Із загальних методів у АФВ використовуються такі:

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

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

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

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

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

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

Застосування різних методів формування дії по етапах алгоритму

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

- Створення уявлення: викладач демонструє учню вправу; вчить його виділяти

те суттєве, що вимагає засвоєння, залучає учня до виконання цієї вправи; вчитель демонструє, як виконувати цю вправу в різних ситуаціях; учитель просить учня виконати вправу, що вивчається.

- Повторення: застосовуються дзеркальний, ігровий, змагальний методи.
- Здійснення дії на словах: у парах або малих групах обговорюються проблеми, котрі виникали під час виконання вправи, що вивчається.
- Індивідуальна самостійна робота учня: доведення дій, котрі вивчаються, до рухової навички, а також самостійний пошук варіантів виконання цих дій у нових умовах.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

дії.

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

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

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

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

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

3. Загальні завдання лікарсько - педагогічного контролю.

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

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

Лікарсько-педагогічний контроль вирішує такі загальні завдання:

- організація навчально-тренувального процесу;
- визначення стану здоров'я і функціонального стану організму;
- оцінка динаміки стану здоров'я;
- оцінка і вибір найефективніших засобів і методів як самого навчального

процесу, так і покращання відновлювальних процесів після фізичних навантажень;

- оцінка гігієнічних умов проведення занять (температура повітря, вологість, освітлення, вентиляція та ін.);
- відповідність спортивного інвентарю (розміри, маса, стан), одягу та взуття темі занять і погодним умовам;
- планування та контроль забезпечення безпеки занять АФВ.

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

У АФВ важливо дотриматись етапного, поточного й оперативного контролю.

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

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

Завдання поточного контролю:

- визначення відповідності режиму навантажень фізіологічним спроможностям організму через оцінку загальної напруженості функціонального стану організму;
- оцінка відповідності тренувального ефекту поточних навантажень тим, що планувалися;
- визначення адаптаційного потенціалу організму на момент дослідження: оцінка резервів, зміни функціональних спроможностей.

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

Прояви перевантаження:

- біль або відчуття дискомфорту в ділянці грудей, живота, шиї, у щелепах або

руках;

- відчуття нудоти під час або після виконання фізичних вправ;
- поява незвичної задишки під час виконання фізичних вправ;
- втрата свідомості під час заняття;
- порушення ритму серцевої діяльності;
- високі показники пульсу після навантаження зберігаються більше 5 хв відпочинку.

Завдання оперативного контролю:

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

В оперативному контролі визначають:

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

після навантажень — характеристики, що відображають стомлення, зміни електрокардіограми, життєвої ємності легенів, сили дихальних м'язів, параметри, які характеризують енергозабезпечення навантаження .

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

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

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

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

навантаження.

4.Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивному фізичному вихованні.

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

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

Медичне діагностування містить:

- вивчення психоемоційної сфери людини з метою створення адекватних умов для найскорішого її виходу з негативного психологічного стану і створення мотивації до активної діяльності, занять фізкультурою і спортом;
- визначення потреб у фізичній і соціальній реабілітації. При цьому враховується характер вади і супутніх захворювань, ступінь функціональних порушень, можливості їх компенсації, необхідність в оперативному, реконструктивному, консервативному лікуванні, протезуванні, тривалість перебування на інвалідності;
- оцінку ступеня рухових порушень; визначення ступеня фізичної адаптації; вивчення компенсації головних рухових функцій (сидіння, стояння, ходьба, маніпуляційна ручна діяльність);
- визначення рекомендованих засобів фізичного виховання і спорту, а також протипоказань;
- виявлення обмежуючих факторів, які перешкоджають або обмежують вибір засобів фізичного виховання і спорту або інтенсивність тренувальних занять, наприклад, за наявності колоїдних рубців, контрактур, деформацій опорно-рухового апарату або при ушкодженнях шкіри (трофічні виразки, пролежні), порушеннях функцій таза з'ясовуються функціональні можливості, уточнюються особливості тренувальних занять;
- визначення обсягу й інтенсивності навчального процесу;
- вибір спеціальних заходів, які необхідно проводити до і після тренувань;
- встановлення класу спортсмена при заняттях спортом.

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

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

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

Рухові спроможності дітей визначаються таким чином:

- Налагодивши з дитиною контакт, їй дають цікаву для неї річ (наприклад, м'яч), звертаючи увагу на те, як вона бере її в руки (положення долоней і пальців рук): асиметричність положення кистей, згинання пальців однієї з рук, їхнє надмірне напруження, зміщення однієї з рук донизу, останнє спостерігається, коли сильніша рука намагається “підтримати” річ знизу.
- Просять дитину повернути цю саму річ назад (“Віддай мені м'яч!"). Передавання речі здійснюють кілька разів, щоб переконатись, що попередні спостереження не випадкові. Після цього переходять до більш складних форм предметної взаємодії: кидання м'яча спочатку з невеликої, а в подальшому з більшої відстані. Виявлені під час виконання першого тесту тривожні ознаки повинні виявитися тут сильніше. На ураженій руці можуть спостерігатися посмикування, тремтіння, зайві рухи пальців або усієї руки. Кисть і пальці у разі фізичного навантаження можуть перейти до більш зігнутого положення. Можуть з'явитися мимовільні зайві рухи.
- Продовжують ускладнювати рухові завдання: кидаючи м'яч на підлогу у сторону учня, спостерігають, як він його піднімає після кількох спроб (обом руками або кожного разу однією, якщо жаліє уражену), просять учня кинути м'яч знизу, збоку, зверху. Окрім маніпуляційних можливостей руки, звертають увагу на загальний рисунок рухів: ходьбу, нахили, повороти, утримання рівноваги, координацію рухів. Про рухову патологію свідчать: надмірна повільність або

різкість, порушення ритму, зайві рухи, незграбність, хитання, порушення рівноваги і координації.

- Використовують тест “Руки вгору”, в якому досліджуваного просять швидко підняти випрямлені руки вгору. Уражена рука піднімається повільніше здорової і не повністю випрямляється у ліктьовому суглобі.
- У випадку обстеження маленьких дітей використовують інформативний тест “Складання пірамідки”: нанизування кілець різного розміру на вісь.
- М’язовий тонус ніг, його симетричність визначають наступним чином: поклавши обстежуваного на спину і захопивши його гомілки, імітують поворотно-поступальні рухи ногами, що нагадують педалювання на велосипеді. Вивчають ступінь, характер і різницю м’язового напруження в кожній нозі. В наступному тесті дослідник розводить у сторони зігнуті в колінах ноги обстежуваного. При цьому відмічають тугорухливість, надмірне напруження або зростаючий у процесі згинання ніг опір як в одній, так і в обох ногах (при гіпертонусі м’язів), або “підозрілу” м’якість, легкість, відсутність опору (при зниженні м’язового тону).
- Порушення рухових функцій виявляють за допомогою простішого і цікавішого для людей усіх віків тесту “Гра у футбол”.
- Уявлення про м’язовий тонус ніг отримують, пропонуючи учню пострибати по черзі на кожній нозі, а потім на обох: як при гіпотонії, так і при еластичності стрибки будуть слабкими, невисокими. При гіпертонусі характерна розгинальна постава ступні на поверхні опори, при зниженому тонусі — розпластаність ступні, відсутність амортизації під час приземлення. За допомогою цього самого тесту за характером компенсаторних рухів тулуба і кінцівок визначається функція рівноваги.
- Особливості динамічної рівноваги виявляють за допомогою проби, в якій обстежуваному пропонують пройти накресленою на підлозі лінією. Його руки при цьому можуть бути на поясі, витягнуті в сторони або вперед, чи за головою.

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

- Поза Ромберга: стоячи зі зімкнутими носками і п’ятками та опущеними руками. При ураженні структур нервової системи, що забезпечують координацію, спостерігається похитування тулуба, котре підсилюється при випрямленні рук уперед, заплющуванні очей, виставлення однієї ноги вперед
- Пальцево-носова проба: почергово різними руками із зоровим, а потім без зорового контролю, розводячи руки в сторони, торкаються вказівним пальцем кінчика носа. Дослідник відмічає непопадання.
- П’яtkово-колінна проба: п’яtkою однієї ноги проводять ковзання донизу гомілкою від коліна до ступні іншої нори, а потім угору до коліна. У разі патології п’яtkа зісковзує з гомілки.

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

Координація рухів вивчається також за допомогою координометрів різних типів.

М'язова сила вимірюється ручними динамометрами.

Точність відтворення м'язового зусилля визначається динамометром Розенблата.

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

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

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

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

За допомогою ММТ визначається ступінь порушення рухових функцій:

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

боку);

- тетраплегія (втрата довільних рухів в усіх кінцівках) або тетрапарез (зменшення м'язової сили в усіх кінцівках).

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

Функцію сидіння підрозділяють таким чином:

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

Функція стояння:

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

Градація функції ходьби:

- 1) основний спосіб пересування — за допомогою візка;
- 2) пересування за допомогою фіксуєчих апаратів і опори руками на милиці, палиці;
- 3) пересування без фіксуєчих апаратів з опорою руками на милиці, палиці;
- 4) можливе пересування без фіксуєчих апаратів і без опори руками, при цьому хода паретична;
- 5) хода звичайна, без вад.

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

У функції захоплення й утримання предмета рукою розрізняють такі здатності:

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

Окрім рухових функцій, під час медичного обстеження з'ясовується

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

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

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

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

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

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

Методичні помилки, що призводять до травматизму:

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

Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять

- Підвищення кваліфікації викладача і робота з підвищення знань з профілактики травматизму серед учнів.
- Правильне комплектування груп.
- Науково обгрунтоване планування і контроль за навчальним процесом.
- Дотримання усіх дидактичних принципів.
- Повноцінне матеріально-технічне забезпечення занять.
- Дотримання методичних рекомендацій.
- Дотримання вимог лікарсько-педагогічного контролю.
- Контроль за станом поля або предметів, наявності і чистоти м'якого покриття.
- Дотримання правил гігієни: у зв'язку з порушенням функціональних спроможностей, зниженням захисних функцій організму і схильності до застудних захворювань в АФВ їм варто приділяти більше уваги, ніж у заняттях зі здоровими дітьми.
- Дотримання режиму: регулярність і своєчасність занять, відпочинку та

харчування.

- Раціональне харчування.
- Урахування кліматичних і погодних умов. Уміння швидко перебудувати методику занять відповідно до змін зовнішніх умов.
- Корекція спортивних правил, спрямована на профілактику ситуацій, що призводять до травм.
- Розробка і дотримання правил використання, прибирання та збереження спортивного обладнання, інвентарю і захисних приладів.
- На перших заняттях рекомендується навчити учнів правил безпеки і методів самострахування (наприклад, умінню правильно падати).
- З місцем проведення занять знайомляться завчасно до їх початку, щоб вирішити питання про ступінь безпеки учнів на занятті.
- Кількість учнів у групі повинна бути оптимальною.
- Заборонено проводити заняття за відсутності викладача.
- Перед початком кожного заняття перевіряють стан інвентарю, обладнання, екіпіровку учнів, щоб вона відповідала вимогам завдань, які виконуються на занятті, та зовнішнім умовам.
- На початку заняття учнів обов'язково ознайомлюють з правилами і методами безпеки, страхування, попереджувальними сигналами.
- Обов'язковими є дисципліна учнів, добровільних помічників і присутність керівника занять з моменту, коли учні починають збиратися у спортивному залі, на майданчику, в басейні.
- Викладачеві рекомендується контролювати раціональне розміщення та переміщення учнів спортивним залом, майданчиком, басейном.
- Розминка обов'язкова і містить загальну і спеціальну частини. Загальна частина спрямована на створення оптимального збудження центральної нервової системи та нервово-м'язового апарату в цілому, на підвищення обміну речовин і температури тіла, підсилення діяльності серцево-судинної і дихальної систем. Спеціальна частина спрямована на створення оптимального збудження тих ланок нервово-м'язового апарату, котрі будуть зазнавати найбільшого навантаження і тому є найбільш уразливими.
- Силкові вправи і вправи на гнучкість потребують розминки, спрямованої на розігрівання м'язів. Підвищення температури, що відбувається при цьому, рекомендується зберігати протягом усього заняття за допомогою одягу, котрий не пропускає тепла.
- Фізичні вправи та їхня послідовність ретельно підбираються з урахуванням раціонального чергування та системи підвідних вправ. Розраховуються оптимальні проміжки відпочинку між фізичними вправами.

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

Висновки

Варто відзначити лише, що реалізація загально методичних принципів спорту інвалідів має яскраво виражений нозологічно детермінований характер. У кожному окремому випадку (дефекті тієї чи іншої сенсорної системи, порушенні тієї або іншої функції) існує специфічний ризик травматизму.

Студент повинен:

- **знати** основні та специфічні принципи адаптивного фізичного виховання.
- **вміти** використовувати матеріально-технічне забезпечення загального і спеціального призначення (відповідно до нозології).

Контрольні запитання

1. Дати визначення загальних завдань адаптивного фізичного виховання.
2. Дати визначення специфічних завдань адаптивного фізичного виховання.
3. Охарактеризувати спеціальні принципи.
4. Розкрити зміст спеціальних принципів, які використовуються в АФВ.
5. Визначити відмінності матеріально-технічного забезпечення процесу адаптивного фізичного виховання.
6. Які головні критерії у виборі спортивної бази для АФВ?

7. Які із загальних методів використовують у АФВ?
8. Що рекомендується мати у розпорядженні для підвищення ефективності занять з АФВ?
9. Розкрити особливості організації роботи з волонтерами в адаптивному фізичному вихованні.
10. Які рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять з АФВ?
11. Яким чином визначаються рухові спроможності дітей ?

Література

1. Бріскін Ю.А. Спорт інвалідів у міжнародному спортивному русі. – Львів: Край, 2006. – 346с.
2. Евсеев С.П., Шпакова Л.В. Адаптивная физическая культура. Учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2000. – 240с.
3. Круцевич Т.Ю. Теория и методика физического воспитания. Том 2. – К.: Олимпийская литература, 2003 – 390с.
4. Справочник по детской лечебной физкультуре / Под ред. М.И.Фонарёва. – Ленинград: Медицина, 1983. – 360 с.
5. Черник Е.С. Физическая культура во вспомогательной школе: Учебное пособие. – М.: Учебная література, 1997. – 320с.
6. Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание. – К.: Наукова думка, 2000. – 358с.