

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
«Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка

Трояновська М. М.

# АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА

НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНИЙ ПОСІБНИК  
для студентів факультетів фізичного виховання



Чернігів – 2018

УДК 615.825

Рецензенти:

*Медведєва І. М.* – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри олімпійського та професійного спорту Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова

*Мулик К. В.* – доктор педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри зимових видів спорту, велоспорту та туризму Харківської державної академії фізичної культури.

*Куртова Г. Ю.* – кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри біологічних основ фізичного виховання здоров'я і спорту Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка.

**Трояновська М. М.**

**Г 70**     **Адаптивна фізична культура:** навч.-метод. посіб. для студентів факультетів фізичного виховання / Марія Миколаївна Трояновська; Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Чернігів, 2018. – 104 с.

У навчально-методичному посібнику надаються матеріали загальної характеристики адаптивної фізичної культури, адаптивне фізичне виховання для осіб з вадами слуху, зору, ДЦП, розумової відсталості; методика проведення різноманітних форм організації занять з адаптивної фізичної культури. У посібнику вміщено допоміжні матеріали до текстів лекцій, питання для самоконтролю, види практичних занять, різні види завдань для самостійної роботи.

Видання призначене для студентів факультетів фізичного виховання.

УДК 615.825

Рекомендовано до друку вченою радою  
факультету фізичного виховання  
Національного університету  
«Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка  
(Протокол № 10 від 2018 р.)

© Трояновська М. М., 2018

## ЗМІСТ

### Тема 1

#### **АКТУАЛЬНІСТЬ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ .. 4**

- 1.1. Мета, завдання, предмет адаптивної фізичної культури..... 4
- 1.2. Принципи, засоби й методи адаптивної фізичної культури ..... 12
- 1.3. Функції адаптивної фізичної культури ..... 30
- 1.4. Основні компоненти адаптивної фізичної культури ..... 40

### Тема 2

#### **ТЕОРІЯ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ..... 47**

- 2.1. Матеріально-технічне забезпечення занять..... 47
- 2.2. Історія розвитку адаптивної фізичної культури..... 48
- 2.3. Лікарсько-педагогічний контроль  
в адаптивній фізичній культурі ..... 52
- 2.4. Профілактика травматизму  
в адаптивній фізичній культурі ..... 54

### Тема 3

#### **МЕТОДИКА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ОСІБ**

#### **ІЗ РІЗНОЮ НОЗОЛОГІЄЮ ..... 57**

- 3.1. Адаптивна фізична культура осіб із вадами слуху ..... 57
- 3.2. Адаптивна фізична культура осіб із вадами зору ..... 62
- 3.3. Адаптивна фізична культура осіб із порушенням  
опорно-рухового апарату ..... 69
- 3.4. Адаптивна фізична культура осіб  
із дитячим церебральним паралічем..... 74
- 3.5. Адаптивна фізична культура осіб із розумовою відсталістю ..... 82
- 3.6. Методи контролю ефективності навчального процесу  
в адаптивній фізичній культурі ..... 88

#### **ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ..... 99**

#### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ..... 101**



## Тема 1 АКТУАЛЬНІСТЬ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

### 1.1. Мета, завдання, предмет адаптивної фізичної культури

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), понад 1 мільярд людей мають якусь форму інвалідності, а це майже 15% населення світу. У людей з інвалідністю вища ймовірність бути безробітним і, загалом, заробляти менше, ніж не інваліди. Статистичні дані свідчать, що зайнятість серед чоловіків-інвалідів (35%) і жінок-інвалідів (20%) нижча, ніж серед людей без інвалідності (у чоловіків – 65%, у жінок – 30%). В Україні понад 2 мільйони 800 тисяч людей мають статус інваліда, з них 151 тисяча – діти. Це 6,1 відсотка до загальної кількості населення. І майже 80 відсотків інвалідів – це люди працездатного віку.

На цьому фоні одним із серйозних підсумків гуманізації суспільного розвитку кінця ХХ – початку ХХІ століття 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 особливими потребами.

Людина з особливими потребами мають функціональні ускладнення в результаті захворювання, відхилень або недоліків у розвитку, у стані здоров'я, зовнішності, унаслідок непристосованості зовнішнього середовища до її потреб, а також будь-якого упередженого ставлення суспільства до неї. Тому сучасне населення планети повинно усвідомити наявність інвалідів та 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:

– «окультурення» тіла людини;

- оздоровлення людини;
- формування інтересів, мотивів, потреб, звичок;
- розвиток вищих психічних функцій;
- виховання й самовиховання особистості;
- самореалізація особистих здібностей людини.

*Мета адаптивної фізичної культури (АФК)* – адаптувати людей, з особливими потребами, до фізичних і соціальних умов навколишнього середовища.

Велике значення у соціалізації інвалідів відіграє саме адаптивна фізична культура. Адаптивна фізична культура – це соціальний феномен, мета якого полягає в налагодженні й закріпленні соціальних зв'язків людини, яка раніше мала обмежений доступ або зовсім не брала участь в соціальному процесі, залучення її до повноцінного життя, що наповнене новим змістом, емоціями, почуттями.

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

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).

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 особливими потребами в руховій активності, становленні, збереженні та підтримці здоров'я, особистісного розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил, з метою покращення якості життя, соціалізації й інтеграції людини в 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 удосконалення й гармонізації усіх сторін та властивостей людини з відхиленнями у стані здоров'я (фізичних, інтелектуальних, емоційно-вольових, естетичних, етичних й ін.) за допомогою фізичних вправ, природно-середовищних і

гігієнічних чинників; як специфічний процес, результатом якого є оптимізація стану та розвитку людини в процесі комплексної реабілітації й соціальної інтеграції.

Адаптивна фізична культура – це вид загальної фізичної культури для осіб з особливими потребами.

Максимальний розвиток за допомогою засобів і методів адаптивної фізичної культури життєздатності людини, підтримка у неї оптимального психофізичного стану надає можливість кожній людині з інвалідністю реалізувати свої творчі потенції і досягти вагомих результатів, не тільки у порівнянні з результатами здорових людей, а й перевищити їх.

Для багатьох людей з інвалідністю АФК є єдиним способом «розірвати» замкнутий простір, увійти в соціум, знайти 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 особливими потребами 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, це ті, що 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;
- розуміння необхідності особистісного внеску в житті суспільства;
- бажання облагороджувати свої особистісні якості;
- збільшувати свою розумову та фізичну працездатність.

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

Вагомою 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 особливими потребами, 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 особливими потребами являє собою один з важливих критеріїв стадійно-рівневої характеристики процесу реабілітації.

Це пояснюється тим, що, наприклад, будь-яка набута 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 під час занять адаптивною фізичною культурою.

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

Максимальний розвиток за допомогою засобів і методів адаптивної фізичної культури життєздатності людини, підтримка у неї оптимального психофізичного стану надають кожній людині з інвалідністю реалізувати свої творчі можливості й досягти вагомих результатів, не тільки у порівнянні з результатами здорових людей, а й навіть перевищити їх.

Чимало авторів (Тамерлан, Франклін Рузвельт, Олексій Маресьєв, Валентин Дикунь, Святослав Федоров, Ольга Скороходова та ін.) визначають, що інвалідність та дефекти у здоров'ї не можуть зупинити людей цілеспрямованих. Першою сходинкою на цьому шляху (новому для тих, хто отримав інвалідність у процесі життя) може і повинна стати адаптивна фізична культура, що дає можливість набути умінь й навички, якості та здібності, необхідні в будь-якому виді людської діяльності, у спілкуванні між собою.

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

*У АФВ розрізняють завдання загальні та специфічні.*

До загальних завдань (незалежні від нозології) відносять:

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

*Специфічні завдання* безпосередньо залежать від нозології та обумовлених нею функціональних, в тому числі, рухових порушень. У більшості випадків вони пов'язані з проблемами взаємодії людини з навколишнім середовищем:

- визначення характерних особливостей розвитку і функціонування організму, пов'язаного з дефектом тієї або іншої функціональної системи;
- визначення сутності спеціальної організації процесу виховання і навчання за окремих нозологій;
- розробка принципів і методів подолання наслідків дефекту, шляхів і способів підготовки дитини з особливими потребами до життєвих ситуацій;
- встановлення взаємозв'язку між вихованням дитини з особливими потребами в умовах сім'ї і спеціально організованого процесу;
- розкриття змісту, засобів, методів і організаційних форм виховання і навчання відповідно кожному типу спеціальної установи.

Завдання, що вирішуються в адаптивній фізичній культурі, визначаються, 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).



**Рис. 1. Завдання адаптивної фізичної культури**

Одна група завдань визначається з особливостей осіб з особливими потребами (корекційні, компенсаторні і профілактичні завдання).

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

У зв'язку з тим, що об'єктом уваги в адаптивній фізичній культурі є людина з особливими потребами, то цілком логічно спробувати, використовуючи величезний потенціал цього виду діяльності, виправити наявний недолік, скорегувати, 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, плоско-стопість, ожиріння тощо), але і сенсорних систем (зору, слуху), мови, інтелекту, емоційно-вольової сфери, соматичних функціональних систем та ін.

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 «утиски», коригувати емоційний стан й ін.

Зрозуміло, корекційна робота може проводитися як у відношенні до основного дефекту, так і супутніх 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 просторово-часового орієнтування у сліпих, «тренування» збережених сенсорних систем, навчання ходьби на протезах й ін.).

Різні дефекти та різні захворювання потребують обов'язкової профілактичної роботи (вирішення профілактичних завдань). Наприклад, обмеження мобільності людини вимагає цілеспрямованої діяльності з профілактики захворювання, що обумовлено гіподинамією і гіпокінезією.

Всі завдання, що перераховані, вирішуються в контексті навчання тим чи іншим знанням, умінням, навичкам (освітні завдання); виховання тих чи інших здібностей особистості займаються (виховні завдання); розвитку їх фізичних якостей, зміцнення м'язів ступні, вдосконалення постави й ін. (оздоровчо-розвивальні завдання).

Необхідно 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 особливі потреби, в процесі їх комплексної реабілітації, а також здійснення типового для конкретних історичних умов способу життя, досягнення відповідного рівня якості.

*У процесі АФК вирішуються такі проблеми:*

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

– визначення суттєвості спеціальної організації процесу виховання та навчання в залежності від нозології;

– розробка принципів і методів подолання наслідків вади, шляхів і способів підготовки дитини з особливими потребами до життєвих ситуацій;

– встановлення взаємозв'язку між вихованням дитини з особливими потребами в умовах сім'ї та спеціально організованого процесу;

– розкриття змісту, засобів, методів та організаційних форм виховання і навчання відповідно до кожного типу спеціальної установи.

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

*Шляхи підвищення інтересу до занять:*

– звернення уваги до актуальної, на певний момент, для учня проблеми;

– зміна цільових установок, змісту завдань, сюжетів;

– звернення уваги 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, місця проведення занять;

– залучення учнів до взаємодопомоги, самостійних занять;

– проведення змагань;

– нестандартні завдання, що сприяють ініціативі, сміливості, кмітливості, терпимості й доброті;

– застосування ігрових методів.

## 1.2. Принципи, засоби й методи адаптивної фізичної культури

Принципи (основні установчі положення) адаптивної фізичної культури в діяльності фахівця в даній сфері соціальної практики. Науковці виділяють 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.

*Спеціально методичні принципи:* діагностування, диференціації та індивідуалізації, корекційно-розвивальної спрямованості, компенсаторної спрямованості, урахування вікових особливостей, профілактичної спрямованості, адекватності, оптимальності та варіативності – основні принципи в роботі з особами, які мають особливі потреби.

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 осіб з особливими потребами, а також існуючі протиріччя.

*Загально методичні принципи.* Процес неспеціальної фізкультурної освіти осіб з особливими потребами 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 й досвіду педагогів-новаторів, які працюють з даною категорією людей;

– уміння застосовувати знання на практиці, забезпечуючи обґрунтований вибір змісту, форм і методів, спираючись на закони і принципи навчання, виховання та розвитку, досягаючи максимальної ефективності педагогічного процесу.

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

– до якого виду рухової активності проявляє інтерес або мимоволі звертається дитина?

– яким інвентарем і як довго цікавиться?

– які дії, рухи здійснює вона з цим предметом самостійно, без стороннього втручання?

– за умов можливості вибору, якому виду фізичної діяльності дитина надає перевагу?

– які індивідуальні рухові й особистісні якості демонструє дитина у своїй фізичній діяльності?

– чи існує в руховій активності учня періодичність протягом дня, тижня, місяця тощо?

– як можна охарактеризувати періоди підвищеної рухової активності? Як довго вони тривають?

– яким чином дитина демонструє своє прагнення до розвитку?

– яким вправам вона надає перевагу і в якій послідовності?

– наскільки учень здатний зосередити увагу на своїй діяльності?

Які перешкоди для неї найбільш значущі?

– чи повертається дитина до своєї діяльності після того, якщо її увага була відвернута?

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

У кожному випадку викладачеві необхідно індивідуально вирішувати завдання вибору:

- вихідного положення, раціональної оперативної постави – вони повинні забезпечувати стійкість і рівновагу тіла у просторі;
- траєкторії руху (напрямок, форма, амплітуда), яка залежить від гнучкості й точності диференціювання рухів;
- тривалості фізичної дії (залежить від витривалості учня);
- частоти її повторення за одиницю часу (залежить від швидко-силового якостей учня);
- послідовності «включення» різних м'язових груп у дію (диктується закономірностями анатомії);
- послідовності нарощування зусиль;
- оптимального передавання кількості рухів із однієї ланки рухового апарату до іншої;
- послідовності рухів, сполучення й узгодженості рухів у часі;
- раціонального співвідношення тривалості фаз навантаження й розслаблення (останні 4 пункти залежать від мети заняття).

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 в 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 особам з особливими потребами 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;
- добором адекватного змісту, методів і організаційних форм адаптивної фізичної культури на основі індивідуально-особистісних можливостей з опорою на збережені функції;
- організацією психологічної підтримки шляхом оцінювання результатів діяльності, заохочення за найменші успіхи, позитивного настрою, оптимізму;

– формуванням умінь аналізувати власний стан, м'язові відчуття, якість рухів й ін.;

– поступовим переходом від зовнішнього виховання до особистої активності та самовиховання: самодисципліни, самоконтролю, самоспостереження, самозбудження, самооцінки та ін.

*Принцип наочності* забезпечується послідовним вирішенням таких завдань:

– визначення педагогічних завдань, які вирішуються засобами наочності;

– вибір наочних посібників, які використовуються залежно від функціональних можливостей сенсорних систем;

– забезпечення засобами наочності (з урахуванням попереднього рухового досвіду і знань учня) процесу формування кінестезичного образу та подальшого осмислення побудови дій;

– використання безпосередньої й опосередкованої демонстрації як засобу виправлення рухових помилок учня.

Принцип наочності передбачає комплексне використання всіх органів почуттів і активізацію збережених функцій у 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 є у людей з порушенням зору і слуху.

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

Наочність у глухих і слабочуючих має специфічні особливості, обумовлені відсутністю слухових відчуттів, обмеження або відсутності мовного спілкування.

Компенсація порушень слуху здійснюється за рахунок зорової, тактильно-вібраційної і кінестатичної чутливості, але провідна роль належить мовній функції, з додаванням уточнюючої міміки, жестів, тактильною 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 кінестатичні й пропріорецептивні 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* полягає в тому, що всі засоби, які використовуються в АФК, повинні бути адекватними рівням фізичного навантаження, психомоторного розвитку, стану здоров'я, функціонального стану рухового апарату, попереднього рухового досвіду й фізичної підготовленості.

Значною мірою доступність забезпечується на рівні формування кінестатичного образу за рахунок адекватного уявлення про дію і вибору відповідних засобів. У цьому допомагає показова демонстрація викладачем 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 необхідно впливати на найбільше число сенсорних систем учня, його емоційну сферу, які можуть бути порушені залежно від нозології, тобто дотримуватися принципу наочності.

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

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. Тализіної, це суб'єктивне відчуття реально існуючих протиріч між бажаним і дійсним, що, поступово долаючи, стимулюють інтенсивний розвиток особистості.

У роботі з інвалідами та людьми з особливими потребами, 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, упевненості 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.

Систематичність забезпечується дотриманням таких правил:

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

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 й охоплюють діяльнісну сторону як педагога, так і учнів.

*Принцип міцності* означає не тільки надійне засвоєння знань, рухових умінь, розвиток рухових якостей, 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 особливими потребами необхідно дотримуватися таких правил:

- враховувати складність і характер рухових порушень, особливості формування рухової сфери, вікові й 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 міжпредметні зв'язки;

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

*Спеціальні принципи АФК:*

– 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 пройденого, але на новій основі, тобто відбувається повторення пройденого матеріалу на більш високому рівні з урахуванням того, що пізнавальні можливості учня порівняно з попереднім періодом зросли.

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

*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 адаптивній фізичній культурі означає:

– створення рівноправних умов на заняттях фізичними вправами;

– визнання цінності кожної особистості незалежно від фізичних і розумових якостей, відставання в розвитку, темпераменту особистості;

– суто індивідуальне тілесне вдосконалення, орієнтоване 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 такими 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 індивідуальних фізичних і психічних можливостей, урахуванням стану особистості «тут і зараз».

*Принцип безперервності фізкультурної освіти.* У структурі адаптивної фізичної культури безперервна фізкультурна освіта означає збереження потреби в руховій активності упродовж усього життя: спочатку в сім'ї, потім в 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. Під час виникнення 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 й функції організму, але й на соціальну та психічну адаптацію, яка означає пристосування особистості до умов соціального середовища і творче її перетворення. Безперервна фізкультурна освіта осіб з особливими потребами розрахована на цей комплекс адаптивних реакцій організму і особистості: вона задовольняє потреби в

цілеспрямованій руховій активності, тілесному здоров'ї, подоланні гіподинамії та гіпокінезії, спілкуванні та культурному збагаченні, підвищенні фізичних кондицій і координаційних якостей, 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 осіб з особливими потребами 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 інвалідів, 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 аргументацію. Соціалізація починається з народження і триває все життя, без тілесного здоров'я як головної людської цінності не можливе освоєння ніяких інших культурних цінностей.

Успішність соціалізації визначається економічною структурою суспільства, ідеологією інститутів освіти, охорони здоров'я, соціального забезпечення, зрілістю громадського суспільства та її думки, професіоналізмом і компетентністю фахівців, що здійснюють педагогічну діяльність з інвалідами.

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. Упродовж життя види фізкультурно-оздоровчої та спортивної діяльності можуть використовуватися

окремо, змінюватися, поєднуватися, ускладнюватися, тобто видозмінюватися у відповідності до віку, функціональними можливостями й потребами конкретної особистості, залишатися унікальним, універсальним способом соціалізації особистості.

*Принцип інтеграції.* Необхідно розрізнити два поняття: соціальна інтеграція та педагогічна інтеграція.

Соціальна інтеграція припускає активне включення осіб з особливими потребами в культурне, соціальне, трудове життя суспільства разом зі здоровими людьми. Якщо 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 сьогоденних умов спосіб життя, – ця людина повністю інтегрована в 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 двобічний процес взаємного зближення інвалідів та здорових людей як рівноправних членів суспільства. Мета інтегрованого навчання – підготовка людей з особливими потребами 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 особливими потребами.

*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 з інвалідністю 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 орієнтаціями батьків і близьких. Важлива атмосфера, в якій виховується дитина. 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.

*Спеціально-методичні принципи.* Дані 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 варіанти психічного дизонтогенеза, оскільки процеси ретардації і диспропорції характерні не тільки для психічного, а й фізичного розвитку й потребують корекції.

Практична діяльність педагога вимагає поглибленого знання діагностики психічного стану, так як рух тісно пов'язаний з діяльністю вищих психічних функцій. Фахівець адаптивної фізичної культури не проводить діагностику нейропсихічного стану, він повинен уміти використовувати її результати як інструмент для розуміння дефекту і вибору правильної стратегії навчання й розвитку дитини. Через рух в силу цілісності організму відбуваються зміни й 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 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 принципово змінює програму педагогічних впливів, вимагає диференціації 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 адаптивній фізичній культурі означає об'єднання дітей у відносно однорідні групи. Первинну диференціацію здійснює медико-психолого-педагогічна комісія, що формує типологічні групи дітей, подібні за віком, клінікою 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 фізичної культури потрібна більш досконаліша диференціація учнів, яку здійснює викладач фізичної культури.

Індивідуальний підхід означає врахування особливостей, властивих одній людині. Ці особливості стосуються статі, віку, статури, фізіології, рухового досвіду, властивостей характеру, темпераменту, вольових якостей, стану збережених функцій – рухових, сенсорних, психічних, інтелектуальних. Сутність індивідуалізації педагогічного процесу полягає в тому, щоб, опираючись на конкретні якості й можливості кожної дитини, створити максимальні умови для її зростання. Під час індивідуальної форми занять принцип реалізується повністю і залежить від професійної компетентності й методичної майстерності викладача.

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

*Принцип корекційно-розвивальної спрямованості педагогічного процесу.* Запропонувавши 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 з особливими потребами, а й на активний розвиток їх пізнавальної діяльності, психічних процесів, рухових і моральних якостей.

В адаптивній фізичній культурі корекційно-розвивальні 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, які необхідні дитині для нормальної життєдіяльності. Наявність відставання від здорових однолітків спостерігаються і в розвитку рухових якостей: сили основних м'язових груп тулуба й 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 в розвитку, корекційно-розвиваючої спрямованості адаптивної фізичної культури 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 й методичних прийомів стимулювати компенсаторні процеси в пошкоджених органах й 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, періодів прискореного розвитку, високим ступенем індивідуальності рухових проявів.

Процес адаптивної фізичної культури, спрямований на всебічний розвиток особистості кожної дитини, повинен проводитись за такими закономірностями.

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 й способах його досягнення. Розвиток особистості дитини, її рухових якостей 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 неодноразово. 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 рухових і координаційних якостей. 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 рухових якостей індивідуальний, як індивідуальні й сенситивні періоди; важливо їх не пропустити, на них орієнтуватися і максимально використовувати для розвитку і особистісного зростання.

3. Облік зони найближчого розвитку. Під час розробки 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 особливими потребами.

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 є основою постулату: рух, рухова активність для дітей з особливими потребами це об'єктивна і життєво необхідна умова існування, підтримка «залишкового» здоров'я, розвитку і самовдосконалення індивідуальних 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 таких 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 монотонності, звикання до одноманітного фізичного навантаження. Люди з особливими потребами внаслідок вимушеної гіподинамії відчують руховий і емоційний голод, дефіцит спілкування, тому різноманітність рухової діяльності, особливо ігрової, хоча б частково компенсує ці негативні явища. У практичній діяльності принцип виражається у 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.

*Засоби адаптивної фізичної культури.* У адаптивній фізичній культурі використовують ті самі засоби, що й у фізичній культурі й спорті: фізичні вправи, рухливі й спортивні ігри, засоби

загартовування, елементи хореографії та ін. Проблемним для фахівця АФК є вибір засобів для конкретного заняття, конкретного учня.

Вибір засобів визначається:

- завданнями навчального процесу;
- функціональними можливостями учня;
- матеріально-технічним забезпеченням;
- необхідними умовами безпеки.

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

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

Використання ігор із оздоровчою метою ставить перед фахівцем такі завдання:

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

Під час дозування 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, лижі, біатлон;

*при вадах зору*: боротьба вільна і класична, дзюдо, роллінгбол, торбол, шашки, шахи і шахова компостація, лижні перегони, біатлон;

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

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

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

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

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

Вправи на воді 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). В цей час рівень води знаходиться на рівні від поясу до плечей. Сюди належать ходьба, біг, стрибки, загальнорозвивальні вправи, елементи танцю, швидкісні пересування усією площею басейну бігом, стрибками, вправи на гнучкість.

Вправи під час безопорного положення включають положення лежачи на воді, ковзання, імітація плавання.

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

Цікавими й захоплюючими є заняття у 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 під час

виконання вправ у воді витрачання енергії у 2 рази більше, ніж під час виконання аналогічних вправ на суші, внаслідок ефекту опору більш щільного середовища та більшої теплопровідності, та враховувати цей фактор у харчуванні.

### *Методи адаптивної фізичної культури*

#### Загальні методи АФК:

– репродуктивний – викладач підводить учня до основного вміння визначати послідовність вправ. Діти аналізують дії, визначають схожість і відмінності. Викладач демонструє учню вид діяльності (наприклад, вправи, ігри) і повертає його до цієї діяльності;

– проблемний – створюється проблемна ситуація. Викладач пропонує завдання, яке спонукає до аналізу, порівняння, висновків (систематизації знань);

– ігровий – рухливі або спортивні ігри, використання сюжету, наприклад казкового.

Одним із спеціальних методів АФК є пропедевтика – вивчення уявлень учня, його пам'яті, мислення, мови, моторики; навчання його орієнтації в просторі й типових ситуаціях; корекція серйозних недоліків сприйняття; набуття навиків дисципліни й підвищення працездатності; формування мотивації до тренувань.

Крім того, в корекційній педагогіці використовуються наступні технології: проективно-рефлексійне навчання, розвиваюче навчання, колективне творче виховання, реабілітаційні заняття.

Велика увага надається нестандартним заняттям: інтегрованим, ігровим, змаганням, хореографічним, міжпредметним, бінарним, заняттям з різновіковими групами.

#### Методи формування дії за етапами алгоритму:

– постановка задачі: після того, як учні сприйняли запропоноване завдання, фахівець керує етапами його вирішення;

– створення уявлення: фахівець демонструє учню вправу; навчає його виділяти значне, що вимагає засвоєння, залучає до виконання вправи; демонструє, як виконувати дану вправу в різних ситуаціях; вчитель просить учня виконати вправу, що вивчається;

– повторення: застосовується дзеркальний, ігровий, змагальний метод;

– здійснення дії на словах: в парах або малих групах обговорюються проблеми, які виникали під час виконання вправи, що вивчається;

– індивідуальна самотійна робота учня: доведення дій, які вивчаються, до рухової навички, а також самотійний пошук варіантів виконання цих дій у нових умовах.

### 1.3. Функції адаптивної фізичної культури

В адаптивній фізичній культурі виділяють дві групи функцій: педагогічні та соціальні.

До педагогічних функцій належать:

- корекційно-компенсаторна;
- профілактична;
- освітня;
- розвиваюча;
- виховна;
- ціннісно-орієнтовна;
- лікувально-виховна;
- професійно-підготовча;
- творча;
- рекреативно-оздоровча;
- гедоністична;
- спортивна і змагальна.

До соціальних функцій належать:

- гуманістична;
- соціалізуючи;
- інтегративна;
- комунікативна;
- видовищна і естетична.

*Корекційно-компенсаторна функція АФК є провідною для всіх його видів. Основою для корекції слугують відхилення в фізичній та психічній сферах, у стані здоров'я. Як правило, корекція рухових порушень у процесі багаторазових повторень виконання вправ надає і розвиваючу дію, а розвиваюча функція завжди носить індивідуальний характер, тому її можна назвати корекційно-розвивальною.*

Різноманіття корекційних задач дозволило виділити такі основні напрями:

- корекція, профілактика і розвиток сенсорних функцій (зорової, слухової, тактильної, вестибулярної тощо);
- корекція психічних порушень: уваги, пам'яті, мови, уяви, сприйняття, емоційно-вольової сфери, поведінки, мотивації, особистих установок;
- корекція соматичних порушень: постави, плоскостопості й інших деформацій тілобудови, дихання, серцево-судинної системи тощо;
- корекція координаційних якостей: відповідність рухів окремих частин тіла, точності моторики рук, орієнтування в просторі, рівноваги, розслаблення тощо;

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

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

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

*Профілактична функція.* В широкому розумінні Міністерства охорони здоров'я України профілактика розглядається як загальнодержавне завдання попередження захворювань, яка потребує координації інформаційної, просвітницької роботи серед населення, створення технологій широкомасштабних мір оздоровлення, діагностики і контролю за станом здоров'я тощо.

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

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

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

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

Для дітей із сенсорними, фізичними та інтелектуальними порушеннями – це навчання основним видам фізичних вправ, засвоєння «школи рухів» і, в першу чергу, навчання природнім локомоціям: ходьбі та бігу, так як вони слугують основним способом переміщення і є складовою частиною багатьох фізичних вправ. Труднощі вирішення освітніх завдань обумовлені характером

основного дефекту. Для дітей з вадами зору – це страх відкритого простору, відсутність зорового наслідування, для глухих й слабкочуючих – обмеженість сприйняття вербальних методів навчання, для розумово відсталих – низький рівень пізнавальної здатності, для дітей із ураженням опорно-рухового апарату – нездатність зберігати рівновагу і вертикальне положення.

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

*Розвивальна функція.* Порушення фізичного розвитку й фізичної підготовленості є закономірними для всіх нозологічних груп, тому розвивальна функція АФК полягає в цілеспрямованому впливі на розвиток м'язової сили, швидкості, витривалості, спритності, координаційних якостей. 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.

Розвивальна функція реалізується у всіх видах АФК. Адаптивна фізична культура створює початкову базу для різнобічного розвитку рухових якостей і рухових навичок, формує передумови для їх подальшого розвитку. Адаптивний спорт надає можливість повніше розкрити ці якості, випробувати радість і повноту життя від володіння своїм тілом і здатності долати труднощі.

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

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

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

Усвідомлення засвоєння знань, тих чи інших рухових дій характеризується тим, яку суть вони становлять для людини. Якщо дитина зрозуміла користь та необхідність фізичної вправи для себе особисто, то знання в даній галузі зможуть лише підсилити виховний ефект, посилити мотивацію та інтерес, і як наслідок, усвідомлено сприймати процес навчання.



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

- виховання адекватної оцінки власних фізичних і психічних можливостей, подолання комплексів невпевненості, неповноцінності;
- виховання усвідомленого і активного відношення до здоров'я тілесного, систематичних занять фізичними вправами;
- формування позитивної мотивації, сталого інтересу й потреб до фізкультурної діяльності;
- виховання гуманного ставлення до себе та оточуючих, формування комунікативних відношень;
- виховання відповідальності, цілеспрямованості, творчості, наполегливості під час подолання труднощів;
- виховання дисципліни, уміння управляти своїми емоціями, підкорятися загальним правилам і нормам соціальної поведінки;
- формування навичок самовиховання, самоорганізації, самодисципліни, самоспостереження, самооцінки, самоконтролю, самообмеження, самонавіювання, саморегуляції, самореабілітації тощо.

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

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

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

Пізнання самого себе означає суб'єктивну поведінку своїх можливостей, яка включає «Я-концепцію» як основу самовизначення особистості. Відношення до фізкультурної діяльності відображає рівень потреб, мотивів, інтересів до неї. Воно може бути як позитивним, так і негативним. Стримуючими факторами виступають: загальна виснаженість організму, невпевненість у своїх силах, фізична неповноцінність і психологічний дискомфорт, депресивні стани, біль, відсутність знань і звичок займатися фізичними вправами, надання переваги іншим видам діяльності (музика, читання, ремесло тощо). Позитивними факторами виступають внутрішня установка людини не на хворобу та інвалідність, а навпаки – на одужання, активне повноцінне життя.

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

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

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

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

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

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

– корекцію й компенсацію основного дефекту за рахунок використання збережених функцій;

– розвиток професійно важливих функцій, фізичних і психічних якостей.

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

*Творча функція.* Полягає в розкритті багатогранних здібностей людей з особливими потребами 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 потреб в активному відпочинку, як засіб переключення на інший вид діяльності, відновлення фізичних і духовних сил.

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

Сім'я, яка має інваліда, закладає навчальний процес гуманізації, закріплення сімейних відносин щодо взаємовідносин: дитина-інвалід – здорові батьки, здорова дитина – батько і мати – інвалід. Ось чому дуже важливі сімейні та побутові форми рекреації.

До них відносяться вправи гігієнічної гімнастики в співвідношенні із загартуванням та «домашнім» плаванням, рухливі й малорухливі ігри, корекційні та розвивальні ігри в умовах «домашнього стадіону», індивідуальні програми саморозвитку, самореабілітації по відео- та аудіотрансляції тощо.

У навчальній та трудовій діяльності рухова рекреація завжди носить організаційний характер: вступна гімнастика, ранкова зарядка (в інтернатах, дитячих будинках), профілактична гімнастика, фізкультхвилинка, ігри на перервах (в школі), після роботи – рухові ігри, спортивні ігри, аеробіка, плавання, релаксаційна пластика, вправи на тренажерах тощо.

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

Рухова рекреація задовольняє руховий та емоціональний «голод» і відповідає інтересам й потребам даної категорії людей, так як є добровільною, доступною і реальною формою реалізації своїх фізичних можливостей, де основне не результат, а сам процес. Спілкування займає важливе місце для інвалідів. Заняття часто об'єднують дітей та дорослих, здорових та людей з різними патологічними порушеннями, осіб різного рівня розвитку, соціального стану, професії та національності, що створює благополучний психологічний клімат та умови, за яких задовольняються потреби в належності до конкретної групи, суспільства в цілому.

*Гедоністична функція* (від грец. – насолода, задоволення) проявляється в тих видах рухової активності, які приносять радість, захоплення, відчуття щастя тощо.

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

*Спортивна і змагальна функція.* На сьогоднішній день активно розвивається адаптивний спорт у всіх країнах і включає в себе три основні компоненти: паролімпійський, спеціально-олімпійський та

сурдлімпійський рух. Багаторічний досвід показує, що в галузі спорту інвалідів тренувальний процес та участь у змаганнях є реальними способами фізичної, психічної та соціальної адаптації.

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

У спорті інвалідів виділяється два напрями:

- спорт вищих досягнень;
- рекреативно-оздоровчий спорт.

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

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

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

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

У рамках другого напрямку адаптивний спорт виконує оздоровчо-рекреативну функцію, і виступає як засіб та методи ефективно-здорового відпочинку – відновлення та підтримку оперативної роботоздатності, розвиток рухових якостей та здібностей в обраному виді спорту, організація цікавого емоційного дозвілля.

Типологічними ознаками оздоровчо-рекреативного спорту є систематичне тренування (2-3 рази на тиждень), спеціалізація в одному виді спорту, участь у змаганнях тощо. Така форма спортивної діяльності загальнодоступна, реалізується добровільно у вільний час, і не є домінуючою у житті інваліда. До числа найбільш популярних

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

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

*Соціальні функції АФК:*

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

Гуманістична функція в сфері АФК передбачає орієнтацію на особистісний розвиток:

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

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

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

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

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

Із визначення випливає, що соціалізація – складне явище, а для осіб з відхиленнями в стані здоров'я, а особливо інвалідів, виступає в якості мети, так як входження людини в суспільство ставить високі вимоги до всебічного розвитку особистості. АФК для даної категорії людей виступає як фундаментальна основа підготовки до самостійного життя і необхідні умови для життєзабезпечення, духовного та фізичного розвитку.

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

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

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

Інтеграція в суспільство дітей з особливими потребами включає:

- вплив суспільства та соціальної сфери на особистість дитини з відхиленнями у розвитку;
- активна участь у даному процесі самої дитини (суб'єктивно-об'єктивна роль);
- удосконалення суспільства, системи соціальних відношень, яка в силу жорстокості вимог до своїх потенційних суб'єктів є недоступною для дітей з особливими потребами.

*Комунікативна функція.* Спілкування як соціальний процес має важливе значення для інвалідів, оскільки воно є складовою людського взаєморозуміння. У спілкуванні відображається потреба людини в емоційному контакті, у прояві своїх почуттів, отриманні інформації, відчутті включення в будь-яку діяльність. Діти-інваліди через меншу мобільність мають обмежені можливості в спілкуванні.

Складність спілкування полягає в тому, що більшість із них мають відхилення в розвитку мови. Корекції дефектів мови приділяється велике значення, здійснюють її логопеди, лікарі, психологи. Засобами комунікативного спілкування є: мова, жести, звуки, міміка, пантоміміка, постави.

У процесі занять фізичними вправами використовуються вербальні та невербальні засоби спілкування. Якщо мовна функція збережена, вербальні засоби не викликають особливих труднощів.

Невербальне спілкування характерне для спільної рухової діяльності на заняттях фізичної культури, на рекреативних заняттях, спортивних тренуваннях, коли взаєморозуміння досягається без слів.

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

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

Отже, АФК являючись частиною фізичної та загальнолюдської культури, виконує важливі соціальні та педагогічні функції духовного та фізичного розвитку осіб з особливими потребами.

Усі педагогічні функції мають предметне вираження в діяльності, сутність яких полягає в багаторазовому використанні фізичної вправи – універсального засобу і методу ініціації рухової активності інвалідів.

Соціальні функції органічно вплітаються в процес АФК, розвиваючи духовну сферу, інтелектуальні, психічні здібності, формуючи активне відношення до цінностей фізичної культури, здорового способу життя.

#### **1.4. Основні компоненти адаптивної фізичної культури**

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 в стані здоров'я в його підготовці до життя, побутової трудової діяльності; в формуванні позитивного й активного відношення до адаптивної фізичної культури.

У процесі занять адаптивним фізичним вихованням в людей з відхиленнями у стані здоров'я формується комплекс спеціальних знань, життєво і професійно необхідних сенсорно-перцептивних і рухових умінь і навичок; розвиваються основні рухові й психічні якості; підвищуються функціональні можливості різних органів й



систем; розвиваються, зберігаються і використовуються в новій якості залишені 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 сміливих і рішучих дій, подолання необхідних для повноцінного функціонування суб'єкта фізичних навантажень, а також потреби в систематичних фізичних вправах і в здійсненні здорового способу життя відповідно до рекомендацій валеології.

Якщо згадати термінологію, запропоновану 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, першорядна увага 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 міжпредметні зв'язки, коли в процесі занять фізичними вправами здійснюється освоєння розумових, сенсорно-перцептивних, рухових дій і понять, відбувається розумове, моральне, естетичне, трудове та інші види виховання.

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

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.

Під час багатьох захворювань 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) спрямований насамперед на формування в інвалідів (особливо талановитої молоді) високої спортивної майстерності й досягнення

ними найвищих результатів у його різних видах у змаганнях з людьми, які мають аналогічні проблеми зі здоров'ям.

Сутнісну основу адаптивного спорту становить змагальна діяльність і цілеспрямована підготовка 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.

Адаптивний спорт в даний час розвивається переважно з найбільших міжнародних рухів: паралімпійського, спеціального олімпійського та сурдлімпійського. Виходячи з концепції І. Биховського (1993), який розглядав проблеми людської тілесності в соціокультурному вимірі, тільки адаптивний спорт, з обов'язковою участю інвалідів у 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, залученні його до суспільно-історичного 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 ставлення до інвалідів та осіб 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, розвагах, 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 інше), 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 під час занять 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 якого 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 (адаптивного фізичного виховання, адаптивного спорту та ін.).

У навчальному посібнику 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 та 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 в формуванні адекватних психічних реакцій інвалідів на те чи інше захворювання, орієнтації їх на використання природних, екологічно виправданих засобів, що стимулюють швидше відновлення організму; в навчанні їх уміння використовувати необхідні комплекси фізичних вправ, прийоми гідровібромасажу і самомасажу, гартують також термічні процедури та інші засоби.

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 самореабілітації.

Креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики адаптивної фізичної культури – компонент (вид) адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби людини з особливими потребами (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, які тимчасово, втратили свої функції.

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 початку людини в процесі занять фізичними вправами є обов'язковим, неодмінним атрибутом діяльності, без якого вона в принципі не може існувати.

Фрагменти, елементи, а іноді й добре науково-методично оформлені системи креативних тілесно-орієнтованих практик використовуються в казкотерапії, ігротерапії, формо-коррекційної, ритмо, антистресової пластичній гімнастиці, рухові пластиці, психіатрії та психоаналізі, системі психосоматичної саморегуляції, ментального тренінгу, нейролінгвістичного програмування, в системі цілісного руху, в лікувальній релаксаційній пластиці, в тілесно-орієнтованій психотехніці актора, психогімнастиці та інше.

Все це підтверджує реальну практичну потребу даного виду адаптивної фізичної культури і необхідність «втиснути» креативні тілесно-орієнтовані практики в адаптивну фізичну культуру, адаптивний спорт, адаптивну рухову рекреацію і фізичну реабілітацію.

Основною метою креативних (художньо-музичних) тілесно-орієнтованих практик необхідно вважати залучення осіб з особливими потребами до доступних видів діяльності, здатним забезпечити їм самоактуалізацію, творчий розвиток, задоволення від активності; зняття психічних напружень («затискачів») і, в кінцевому результаті, 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 особливими потребами в ризику, підвищеній нарузі, потребі випробувати себе в надзвичайних екстремальних умовах, об'єктивно і суб'єктивно небезпечних для здоров'я і навіть для життя.

Важливо відзначити, що в основі таких потреб людини є біологічні передумови. Механізми потреби до отримання нового

досвіду, пов'язаного з ризиком, загрозою для життя, обумовлені потребою людини в активізації своєї ендогенної оплатної системи, що виконує функції профілактики станів фрустрації, депресії.

Дельтапланеризм, парашутний і гірськолижний спорт, скалелазіння, альпінізм, серфінг, різні види висотних стрибків і пірнання викликають «гострі» відчуття, пов'язані зі станом вільного 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 в людини почуття самоповаги, особистісної самореалізації, до відчуття приналежності до елітарних груп соціуму.

Сучасні нейробіологічні дослідження довели, 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, недостатню самоповагу тощо); формування потреби у значних напругах як необхідних умовах саморозвитку та самовдосконалення; профілактика станів фрустрації, депресії; створення в інвалідів відчуття повноцінного, здорового життя.

Перераховані види (компоненти) адаптивної фізичної культури, з одного боку, носять самостійний характер, так як кожен із них вирішує свої завдання, має власну структуру, форми й особливості змісту; з іншого, – вони тісно взаємопов'язані. Так, в процесі адаптивної фізичної культури 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 спортсменів-інвалідів 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 життєдіяльності. 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 й 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 організованої рухової активності як природного стимулу життєдіяльності, використовуючи збережені функції, залишкове здоров'я, природні ресурси та духовні сили, максимально реалізувати можливості організму й особистості для повноцінного життя, самовияву і творчості, соціальної активності та інтеграції в суспільство здорових людей.

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 залучення до здорового способу життя людей з особливими потребами.



## Тема 2. ТЕОРІЯ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

### 2.1. Матеріально-технічне забезпечення занять

В АФК використовують матеріально-технічне забезпечення загального і спеціального призначення (залежно від нозології).

Загальні вимоги до обладнання:

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

«Предмет формує поняття», тому практичні дії з предметами мають велике розвивальне значення. У зв'язку з цим рекомендується спортивний інвентар та обладнання, здатні привернути увагу, зацікавити, спонукати до дії: яскраві, різноманітні привабливі форми, які асоціюються із знайомими учням образами, або, навпаки, незвичні, різних розмірів різнокольорові м'ячі, гімнастичні палиці, кільця, обручі, булави, набивні м'ячі, скакалки, прапорці, баскетбольні кошики, сітки, куби, валики, кеглі, іграшки різних розмірів (для вправ із розвитку спритності, тактильної чутливості, дрібних рухів кисті).

Для підвищення ефективності занять рекомендується мати в розпорядженні дзеркала, гімнастичні (шведські) стінки, лавки, тапчани, поверхні з нахилом, столи для настільного тенісу, драбини, слідові доріжки, рельєфні та ребристі пересувні дошки, дошки з нахилом, міні-батути, гойдалки, каруселі, тренажери, надувні предмети та інше.

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. На заняттях з учнями, які мають вади зору,

користуються м'ячами трохи більшої маси, максимально круглими й 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 інше.

Критерії вибору спортивної бази для занять АФК:

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

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

## 2.2. Історія розвитку адаптивної фізичної культури

Проблема ставлення суспільства до людей з особливими потребами проходить через усю історію людства і свідчить про жорстоке знищення тих, хто хворіє тривалий час, або, у кращому разі, безжалісну байдужість до них. Навмисне відсторонення від людей із фізичними вадами має як психологічні, так і соціальні корені. Це і свідомий страх перед хворобою, каліцтвом і смертю, і проблеми життєзабезпечення людей з особливими потребами, які вимагають більших зусиль, ресурсів тощо.

Принципові зміни в ставленні до людей з особливими потребами приходять із християнством, із закликком Ісуса Христа про милосердя і любов до ближнього. Проте тільки в епоху Відродження намітилося подолання ізоляції «аномальних» людей від соціуму та зміна ставлення до них. Одна з перших наукових праць, присвячених вихованню інвалідів – книга видатного вченого епохи Відродження Дж. Кардано «Paralipomena».

На території України у давнину людей із фізичними вадами опікували центри духовного життя того часу – монастирі. У процесі розвитку суспільства починають з'являтися притулки для знедолених людей. Із XIV ст. у притулках й церквах вводять спільне виховання



здорових й хворих дітей. У середині XVIII ст. у виховних домах виділилися спеціальні групи для дітей з особливими потребами.

На початку XIX ст. виникають перші спеціалізовані установи для глухонімих і сліпих дітей, а трохи пізніше й для дітей із відхиленнями у розумовому розвитку.

В Україні на приватні пожертвування існувала зовсім невелика кількість навчальних закладів типу «притулків», які охоплювали не більше 5–6 % дітей-інвалідів, що потребували допомоги. Перша світова війна, численні жертви змінили ставлення світової спільноти до проблем інвалідності. Зростання суспільної свідомості перетворилося у громадський рух на захист рівних прав людей незалежно від їхніх фізичних можливостей. Сьогодні в усьому світі відмічається великий прогрес у сфері соціальної і фізичної реабілітації інвалідів, розробці педагогіко-реабілітаційних методів.

В Україні кардинальні зміни у реабілітаційній роботі з інвалідами відбулися у післяреволюційний період. Законодавство 1918 р. визначило статус інвалідів у суспільстві, заснувало виховно-корекційні установи для дітей із особливими потребами і ввело їх до загальнодержавної системи народної освіти. Цей крок дозволив консолідувати сили освіти, охорони здоров'я та юстиції у сфері реабілітації. До розробки системи колекційної педагогіки у 20–30-ті роки XX ст. були залучені кращі сили того часу: В. Бехтерев, Л. Виготський, В. М'ясищев, Г. Россолімо, Ф. Рау, В. Кащенко, М. Лаговський, М. Грабов.

У Радянському Союзі 1929 р. було організовано перший науковий центр із розробки проблем вивчення, освіти, виховання і професійної підготовки дітей із особливими потребами – Експериментально-дефектологічний інститут.

Одним із найвідоміших методів корекційної педагогіки став метод, розроблений на початку XX ст. педагогом М. Монтесорі, заснований на сенсуалістичних принципах. Він ставить за мету розумового розвитку дитини цілеспрямоване збагачення її сенсорного досвіду. Завдяки цьому методу діти із затримкою психомоторного розвитку, особливо в разі педагогічної занедбаності, за рік-другий наздоганяють і навіть випереджають у розумовому розвитку своїх здорових однолітків. Педагогіка М. Монтесорі стала популярною як у роботі з дітьми з особливими потребами, так і здоровими дітьми. Нині 80% загальноосвітніх шкіл у Нідерландах працюють за даним методом.

Розвинув метод Монтесорі та розробив триетапну систему корекційного виховання відомий дослідник О. Декролі, який стверджує, що на першому етапі відбувається виховання сприйняття і

здатності до спостереження, на другому – здатності утворювати асоціації (мислення), на третьому – забезпечення реалізації особистості.

На початку 30-х років ХХ ст. Л. Виготський висунув ідею активно-діяльного навчання, що йде попереду розвитку дитини. Його ідеї були розроблені та обґрунтовані в межах теорії діяльності А. Леонтьєва, П. Гальперіна та ін. Реалізуючи ці ідеї, Л. Занков у 50–60-х роках ХХ ст. розробив систему інтенсивного всебічного розвитку для початкової школи.

Поряд із розвитком дефектології відбувалося становлення і розвиток фізичної культури і спорту інвалідів. У 20-ті роки ХХ ст. почався спортивний рух людей із вадами слуху. Вже в 1924 р. у Парижі відбулися перші Олімпійські ігри глухих. З того часу Всесвітні ігри глухих регулярно надають можливості на рівних змагатися і спілкуватися глухим спортсменам усього світу.

У роки Другої світової війни у Великій Британії почав розвиватися спорт на візках, який за півтора десятиріччя переріс у всесвітній спортивний рух «Паралімпійські ігри». У Паралімпійських іграх 2000 р. у Сіднеї брали участь 4 тис. спортсменів із 125 країн.

У 1968 р. поширився рух, метою якого було інтегрувати людей із відхиленнями розумового розвитку до суспільства засобами фізичної культури і спорту, так звані «Спеціальні Олімпіади». До кінця ХХ ст. Спеціальні Олімпіади залучили понад 1 млн. учасників із 150 країн. Характерно, що починалися усі спортивно-громадські явища, які змінили життя мільйонів людей-інвалідів, їхніх близьких і життя світової спільноти у цілому, в кожному випадку з ініціативи окремих особистостей. Так, організатором Олімпійських ігор глухих став Е. Рубен-Алке, Паралімпійських ігор – Л. Гуттманн, Спеціальних Олімпіад – Ю. Кеннеді-Шрайвер.

Сьогодні міжнародний фізкультурний рух людей з особливими потребами успішно розвивається завдяки активній роботі численних громадських організацій, таких, як Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація осіб з церебральним паралічем, Міжнародна спортивна асоціація сліпих, Міжнародна спортивна асоціація для осіб з вадами інтелекту, Міжнародна федерація Сток-Мандевільських ігор, Міжнародна спортивна організація інвалідів, Міжнародна Сток-Мандевільська федерація спорту на візках. Наприкінці ХХ ст. з метою розвитку нових видів спорту для залучення ще більшої кількості людей із фізичними вадами була створена Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація осіб з церебральним паралічем, розвитку і стимуляції інвалідів.

Адаптивна фізична культура виділилася у самостійний напрям фізичного спортивного руху і представлена численними організа-

ціями. Великий внесок у розвиток АФК Спеціальної Олімпіади, яка здійснює фінансове й інформаційне забезпечення конкретних програм з адаптивної фізичної культури у країнах Європи та СНД.

Можна стверджувати, що міжнародний спортивний рух інвалідів виник у 1924 р., коли у Парижі були проведені Перші всесвітні ігри глухих. З 10 по 17 серпня 1924 р. у цих іграх взяли участь команди Бельгії, Великої Британії, Нідерландів, Польщі та Франції. 16 серпня на нараді у Ла Порт Дорс представники клубів та Федерацій глухих Бельгії, Великої Британії, Італії, Нідерландів, Польщі, Румунії, Франції, Угорщини та Чехословаччини заснували Міжнародний спортивний комітет глухих Першим президентом Міжнародного спортивного комітету глухих було обрано Ежена Рубен-Алке, який пропрацював на цій посаді до 1953 р.

Міжнародний спортивний комітет глухих пізніше став одним із фундаторів сучасного Міжнародного Паралімпійського Комітету.

Особи з пошкодженнями опорно-рухового апарату стали активно залучатися до занять спортом лише після Другої світової війни. Спортивний рух інвалідів війни виник в Англії, в Ейлесбурзі, у Сток-Мандевільському шпиталі.

1 лютого 1944 р. нейрохірург Людвіг Гуттманн біженець з нацистської Німеччини, започаткував при Сток-Мандевільському шпиталі Центр спинальних ушкоджень для лікування військово-службовців, які повернулися з війни з ушкодженнями спинного мозку. Як обов'язкову частину комплексного лікування було запроваджено спортивну програму, що її гаслом стали слова доктора Людвіга Гуттманна "Головне не втрачене, головне наявне!". 28 липня 1948р. у Сток-Мандевільському шпиталі під керівництвом доктора Людвіга Гуттманна відбулися змагання з стрільби з лука серед інвалідів на колясках. У змаганнях взяли участь 14 чоловіків та дві жінки. Незвичайна подія у Сток-Мандевілі привернула увагу фахівців і громадськості. Можна припустити, що простий збіг – одночасне проведення Ігор XIV Олімпіади у Лондоні у 1948 р. і перших змагань зі стрільби з лука для інвалідів з параплегією у Сток-Мандевілі наштовхнув на ідею проведення масштабних, комплексних змагань для інвалідів з різними вадами.

Пізніше Людвіг Гуттманн писав, що, організовуючи ці змагання, він насамперед мав на меті фізичний розвиток і позбавлення хворих від нудьги в лікарні.

Наступного року у таких змаганнях взяли участь інваліди вже з п'яти шпиталів, а у 1952 р. – інваліди-ветерани з Нідерландів. Так було започатковано щорічне проведення Міжнародних Сток-Мандевільських Ігор.

З метою керівництва міжнародними іграми для інвалідів була створена Міжнародна Федерація Сток-Мандевільських Ігор, нині Міжнародна Сток-Мандевільська Федерація Спорту на Колясках, що встановила тісні стосунки з Міжнародним Олімпійським Комітетом. Доктора Людвіга Гуттманна, як фундатора, було обрано Президентом цієї федерації.

З 1963 р. інваспорт збагачується ще одним напрямом – Спеціальними Олімпіадами. Юніс Кеннеді Шрайвер відкриши у своєму маєтку в Мериленді літній денний табір для дітей та дорослих з розумовою відсталістю з метою вивчення та розвитку їх якостей в спорті та руховій діяльності. В грудні 1968р. створюється добродійна організація Спеціальних Олімпіад.

### **2.3. Лікарсько-педагогічний контроль в адаптивній фізичній культурі**

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

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

Загальні завдання лікарсько-педагогічного контролю:

- організація навчально-тренувального процесу;
- визначення стану здоров'я і функціонального стану організму;
- оцінка динаміки стану здоров'я;
- оцінка і вибір найбільш ефективних засобів і методів як самого навчального процесу, так і поліпшення відновних процесів після фізичних навантажень;
- оцінка гігієнічних умов проведення занять (температура повітря, вологість, освітлення, вентиляція і т.п.);
- відповідність спортивного інвентарю (розміри, маса, стан), одягу і взуття темі заняття і погоднім умовам;
- планування і контроль забезпечення безпеки занять АФК.

Медичний контроль вирішує наступні завдання: вибір засобів фізичної культури й видів спорту з урахуванням індивідуальних порушень, визначення об'єму занять, спеціальних заходів, які необхідно провести після закінчення заняття, класифікація спортсменів і медичний огляд, визначення протипоказань, оцінка

ступеня впливу процесу фізичного виховання на організм (незначне, помірне, значне, надмірне).

*Етапний, поточний і оперативний контроль.* В АФК важливе дотримання етапного, поточного і оперативного контролю.

Завдання етапного контролю – оцінка рівня розвитку функціональних можливостей систем і органів, які лежать в основі рухової активності. Проводиться відповідно до етапів навчально-тренувального процесу. Включає 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 включає фізіологічний контроль рухових якостей: тестування фізичними навантаженнями з метою визначення рівня сили і структури силових можливостей рухів у різних суглобах, співвідношення сили і швидкості в діапазоні кутових швидкостей рухів, силової витривалості в ізотонічному й ізодинамічному режимах; вимірювання енергетичного потенціалу – меж працездатності аеробної і анаеробної.

Завдання поточного контролю:

– визначення відповідності режиму навантажень фізіологічним можливостям організму через оцінку загальної напруженості функціонального стану організму;

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

– визначення потенціалу пристосовування організму на момент дослідження: оцінка резервів, зміна функціональних можливостей.

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

Вияви перевантаження:

– біль або відчуття дискомфорту в ділянці грудей, живота, шиї, у щелепах або в руках;

– відчуття нудоти за годину або відразу ж після виконання фізичних вправ;

– поява незвичної задишки під час виконання фізичних вправ;

– втрата свідомості під час заняття;

– порушення ритму серцевої діяльності;

– збереження високих показників пульсу після навантаження більше ніж за 5 хв. відпочинку.

Завдання оперативного контролю:

– оцінка впливу кожного заняття на організм;

- визначення спрямованості й напруженості навантажень;
- оцінка ступеня досягнення конкретної мети кожного заняття;
- здійснення оперативної корекції тренувального ефекту окремих вправ і заняття в цілому.

В оперативному контролі визначають:

- під час навантаження – температуру тіла, ЧСС і частоту дихання, їх співвідношення, легеневу вентиляцію;
- після навантажень – характеристики, які відображають втому, зміни електрокардіограми, життєву ємність легень, силу дихальних м'язів, параметри, які характеризують енергозабезпечення навантаження (рівень лактату, кислотно-лужну рівновагу крові), метаболічні показники, що характеризують навантаження (склад лактату, сечовини, фосфору, креатинфосфату, креатину, вільних жирних кислот, кетонових тіл, глюкози).

За наслідками лікарсько-педагогічного контролю визначається загальне навантаження на організм учня в процесі занять і будується "фізіологічна крива" навантаженості заняття. Характер фізіологічної кривої залежить від періоду занять, функціонального стану учня і індивідуальної реакції організму після фізичного навантаження.

## **2.4. Профілактика травматизму в адаптивній фізичній культурі**

В АФК необхідно приділяти особливо значну увагу дотриманню правил безпеки навчально-виховного процесу. Профілактика травматизму є комплексом організаційно-методичних заходів, спрямованих на вдосконалення фізичного виховання.

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

Методичні помилки, що призводять до травматизму:

- порушення принципу систематичності, поступовості й послідовності під час формування рухового вміння (навички);
- форсування навантажень; перевантаження;

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

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

Профілактика травм і підвищення безпеки занять:

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

– правильне комплектування груп;

– науково обґрунтоване планування і контроль навчального процесу;

– дотримання усіх дидактичних принципів;

– повноцінне матеріально-технічне забезпечення занять;

– дотримання методичних рекомендацій;

– виконання вимог лікарсько-педагогічного контролю;

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

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

– дотримання режиму: регулярність і своєчасність занять, відпочинку і харчування;

– облік кліматичних і погодних умов. Уміння швидко перебудувати методику занять відповідно змінам зовнішніх умов;

– корекція спортивних правил, які, можуть призвести до травм;

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

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

– із місцем проведення занять знайомляться завчасно до початку заняття для вирішення 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, устаткування, екіпіровку учнів. Дотримуються відповідності одягу вимогам завдань, які виконуються на занятті й зовнішнім умовам;

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

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

– викладачу рекомендується контролювати раціональне розміщення і переміщення учасників по спортивній залі, на майданчику, в басейні;

– розминка обов'язкова й включає загальну та спеціальну частини. Загальна частина направлена на створення оптимального збудження центральної нервової системи й нервово-м'язового апарату в цілому, на підвищення обміну речовин і температури тіла, посилення діяльності серцево-судинної і дихальної систем. Спеціальна частина спрямована на створення оптимального збудження тих ланок нервово-м'язового апарату, які будуть випробовувати найбільше навантаження і тому є найвразливішими;

– силові вправи і вправи на гнучкість вимагають розминки, спрямованої на розігрівання м'язів. Підвищення температури, яке відбувається в цей час, рекомендується зберігати протягом всього заняття за допомогою спеціального одягу;

– фізичні вправи та їх послідовність старанно підбираються з урахуванням їх раціонального чергування й системи підвідних вправ. Розраховуються оптимальні проміжки відпочинку між фізичними вправами;

– розминка не повинна викликати зайвого збудження й перевтоми;

– навантаження на кожному занятті визначається залежно від довгострокового плану і з урахуванням самопочуття учнів безпосередньо під час заняття;

– навантаження збільшується поступово, перевантаження виключається;

– для профілактики травм варто розвивати координаційні якості і гнучкість;

– збільшення швидкості рухів повинно відбуватися одночасно з удосконаленням техніки рухів;

– виконання оздоровчих вправ є обов'язковим;

– під час виконання вправ, що дають навантаження на хребет, необхідно утримувати його прямим;

– під час великої кількості функціональних порушень необхідно уникати напруження;

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

– під час виконання вправ не варто затримувати дихання. У кожному окремому випадку (за дефекту тієї, або іншої сенсорної системи, порушенні тієї або іншої функції) існує специфічний ризик травматизму.





## Тема 3

# МЕТОДИКА АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ОСІБ ІЗ РІЗНОЮ НОЗОЛОГІЄЮ

### 3.1. Адаптивна фізична культура осіб із вадами слуху

Глухота – повна відсутність слуху або такий його ступінь зниження, за якою розбірливе сприйняття мови стає неможливим.

Повна глухота зустрічається рідко. Більшість глухих мають залишки слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Такий стан визначають як слабко слухання або туговухість.

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

*Таблиця 1*

Причини й локалізація ушкодження органу слуху,  
що впливає на сприйняття звуків

Мета і завдання викладача	Зміст практичної роботи
Знання і розуміння цінностей учня, його мети, проблем, бажань, старань, інтересів. Знання й розуміння переконань учня, діапазону його можливостей і якостей	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, тривоги, страхів

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

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

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

Порушення рухової активності може мати такі прояви:

- проблеми збереження статичної і динамічної рівноваги;
- низький рівень розвитку просторової орієнтації;
- уповільнене оволодіння руховими вміннями і навичками;
- збільшення часу рухових реакцій і реакцій за вибором;
- зниження станової сили;
- відставання в стрибучості;
- нераціональний розподіл фізичних зусиль під час руху;
- низький темп рухів;
- погіршення рухової пам'яті;
- зниження здатності ідентифікувати людей і об'єкти;
- неадекватне зниження відчуття безпеки;
- перевага зорово-м'язових уявлень над м'язово-руховими;
- зниження точності сприймання;
- зниження точності відтворення часових параметрів;
- недосить точна координація і невпевненість рухів.

*Тестування при глухоті.* Тестування слуху проводиться лікарями за методиками Ринне, Вебера, Швабаха, техніка проведення яких викладена у спеціальній медичній літературі.

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

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

– проста проба проводиться, коли пацієнт стоїть із зведеними ступнями ніг, руки вперед, пальці рук розведені, очі заплющені;

– ускладнена проба більш інформативна, при ній вимагається зняти взуття. Приймається вихідне положення стоячи на одній нозі, друга нога зігнута в коліні вперед і доторкається підошвою ступні до колінного суглобу опорної ноги, руки вперед, пальці рук розведені, очі заплющені.

Оцінки проби Ромберга звертається увага на ступінь стійкості (чи стоїть людина нерухомо, гойдається), тремтіння повік і пальців (тремор), і головне, тривалість збереження рівноваги. Збереження стійкого положення більш ніж 15 с без тремору оцінюється як норма; невеликий тремор повік і пальців при утриманні пози за 15 с – задовільно; якщо поза утримується менше ніж 15 с – незадовільно).

Оцінюючи рухові якості, особливу увагу приділяють тестуванню:

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

– точності диференціації великих і малих м'язових зусиль;

– здатності формувати просторово-часові зв'язки;

– координації.

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

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

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

Фізичне виховання глухих має ряд специфічних завдань. Розвиток сприймання:

- вестибулярне тренування;
- удосконалення просторового орієнтування;
- розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети;
- розвиток швидкості переключення уваги з метою кращого орієнтування;
- удосконалення реакції за вибором;
- розвиток швидкості рухових реакцій.
- збільшення м'язово-рухових уявлень;
- збільшення обсягу рухової пам'яті.

Із умінь і навичок під час глухоти дуже важливо розвивати:

- раціонально аналізувати ситуацію;
  - уміння встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями;
  - раціональний розподіл фізичних зусиль.
- Завдання вирішуються такими засобами фізичного виховання:
- загальнорозвивальні фізичні вправи;
  - циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді);
  - дихальні вправи (з тривалим видихом);
  - вправи для хребта;
  - вправи для розвитку координаційних якостей;
  - елементи гімнастики;
  - елементи акробатики;

- аеробіка;
- танцювально-ритмічні вправи;
- танці;
- види спорту: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і греко-римська, боулінг, бочче, волейбол, гольф, дзюдо, теніс, футбол, хокей, хокей із м'ячем, шашки, шахи.

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

- положення голови (під час глухоти часто для кращого уловлювання звуку людина повертає або нахиляє голову, що негативно впливає на поставу, хребет);

- правильне дихання;
- раціональне положення (важлива під час ураження вестибулярного аналізатора);

- фундаментальні властивості руху;

- довільні і мимовільні рухи;

- рух очей, що організує рух тіла;

- координація згиначів і розгиначів;

- рух і дихання;

- раціональна дія;

- просторові відношення, як засіб координації та раціоналізації дії.

До особливостей методики фізичного виховання глухих належать наступні положення:

- фахівець повинен володіти знаковою мовою;

- заняття з глухими вимагають більш ретельного пророблення раціональних наочних понятійних повідомлень;

- більш широко використовується арсенал відеоматеріалів (візуальних образів);

- уміння, що вивчаються, завжди демонструються наочно;

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

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

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

- у процесі спілкування з учнями викладач повинен бачити їхні очі (зворотну реакцію);
- викладачу час від часу необхідно запитувати учнів, як вони зрозуміли матеріал, який він викладає;
- краще двічі перевірити, щоб переконатися в тому, що учні все зрозуміли правильно, особливо, якщо мова йде про профілактику травм;
- кожні 15 хв. робити перерви (інтервал обумовлено часом концентрації уваги, після якого розвивається стомлення);
- обирати ігри з простими правилами; використовувати наочні тактильні та кінестезичні підказки (світло, яскраві прапорці, кеглі, м'ячі);
- уникати усних підказок під час гри, за необхідності призупинити гру і пояснити правила усім гравцям разом;
- уникати шуму;
- організовувати взаємодопомогу серед учнів;
- намагатися своєчасно розпізнавати мімічні прояви емоцій;
- забезпечити добре освітлення у приміщенні;
- при ураженнях вестибулярного апарату уникати вправ та ігор, які можуть призвести до негативних наслідків.

### **3.2. Адаптивна фізична культура осіб із вадами зору**

Сліпота – це двостороння невиліковна повна відсутність зору (0) або залишковий зір (гострота зору: світловідчуття 0,03–0,04 включно з корекцією на кращому оці, або звуження поля зору до 10° на кращому оці незалежно від гостроти зору). У таких випадках користуються терміном тотальна сліпота. Під час збереженого світловідчуття на рівні відмінності світла і темряви або залишкового зору, що дозволяє порахувати пальці руки близько до обличчя, розрізняти контури, силуети і кольори предметів безпосередньо перед очима, говорить про практичну сліпоту. Слабкобачення – гострота зору кращого ока з корекцією зору становить 0,05 – 0,04, що дозволяє бачити за сприятливих умов, коли до зору не ставиться високих вимог.

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

Для педагога суттєве значення має час порушення зорової функції: народився учень сліпим чи втратив зір у певному віці, в якому віці це сталося. Психомоторний розвиток сліпонароджених дітей підпорядковується тим самим закономірностям, що і здорових, але має свої специфічні особливості. Відсутність можливості

візуально сприймати ознаки предметів і явищ, орієнтуватися у просторі призводить до низького чуттєвого досвіду і в результаті – до порушення взаємодії сенсорних та інтелектуальних функцій, гальмує розвиток образного мислення. Відсутність зору приводить до зниження мотивації орієнтовної діяльності, до редукції безумовного орієнтування пошукового рефлексу та загальної загальмованості. Так, вже у грудних дітей у зв'язку з відсутністю стимулів до хапальних рухів, потягувань, повзання і вставання сліпота призводить до пасивності й малорухливості.

Практика показує, що період повзання у сліпонароджених затягується іноді аж до шкільного віку. Значно (на 2–3 роки) затримується вертикальне положення тіла та оволодіння ходьбою. Викликані відсутністю зору невдачі в руховій активності призводять до закріплення пов'язаних із ними неприємних переживань і обмеження діяльності.

Наслідками сліпоти можуть бути патологічні звички: повзання немовлят ногами вперед, щоб захистити голову від ударів.

Розрізняють такі порушення зорового сприйняття:

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

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

– звужений обсяг зорового сприйняття;

– утрачена здатність розрізняти обличчя або кольори.

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

– із повною відсутністю зору;

– які мають світловідчуття, що дозволяє розрізняти світло й тінь;

– які володіють залишковим зоровим сприйняттям, яке дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів;

– із гостротою зору від 0,01 до 0,04, яке дозволяє за допомогою зору орієнтуватися в переміщенні й розрізняти на деякій відстані форми предметів і яскраві кольори;

– із гостротою зору від 0,05 до 0,08, при якій можна сприймати обриси предметів, кольорові відтінки, розрізняти на відстані предмети, що рухаються, бачити контрастні зображення, контури, кольорові ілюстрації, читати великий шрифт;

– із гостротою зору від 0,09 до 0,2 і вище, що дозволяє зором орієнтуватися у просторі, контролювати свій трудовий процес, сприймати спеціальний навчальний матеріал, читати, писати.

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

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

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

Уповільнення сприйняття, порушення просторового аналізу, динамічного сприйняття в результаті призводять до порушень цілісного сприйняття.

Проблеми, з якими доводиться працювати фахівцю АФК у процесі навчально-тренувального процесу:

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

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

Сліпі й слабозорі, відстають у фізичному розвитку: за масою і довжиною тіла, життєвою ємністю легенів, об'ємом грудної клітки та іншими антропометричними показниками, (але динаміка фізичного розвитку не порушується). Під час сліпоті часто мають місце хвороби серцево-судинної і дихальної систем, опорно-рухового апарату (викривлення хребта, плоскоступність), хвороби органу слуху, порушення обміну речовин. У дітей інколи є енурез, церебрастенія, вегетосудинні порушення, неврози.

У той самий час частіше причиною зниження функціональних можливостей сліпих є низька рухова активність і детренованість організму. Це впливає і на формування рухових якостей.



Найбільше при сліпоті страждає функція рівноваги, швидкість, відчуття ритму, координація, точність рухів. Спостерігається затримка розвитку статичної витривалості. Значно відстають сила і швидко-силові якості. Знижена здатність диференціювання та відтворення просторових і часових характеристик руху. Сліпим від народження або тим, хто рано осліп, як правило, важко уявити великі розміри і форми, які не піддаються дослідженню дотиком.

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

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

Формуючи групи для занять АФК, враховують:

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

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

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

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

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

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

Загальні завдання:

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

Специфічні завдання:

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

Засоби: вправи для хребта, дихальні вправи, ритмічна гімнастика, рухливі ігри, аеробіка, вправи на розслаблення, плавання,

вправи для очей, боротьба, гімнастика, волейбол, танці, голбол, торбол, міні-футбол.

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

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

*Методи навчання спортивній техніці.* Заняття АФК повинні проводитися з використанням тифлологічних пристосувань, поліпшують орієнтування незрячих людей і забезпечують безпеку під час занять. Важлива точна оцінка фахівця (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 учню з обмеженими можливостями здоров'я, включає опис частин тіла, що задіяні у виконанні рухів. Контроль техніки виконання, активізація й 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 апаратних 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 відчути 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 метою їх корекції або збереження заданих параметрів шляхом зв'язку з радіо, або завдяки мініатюрним електронним звуковим інформаторам, що закріплюються на тілі спортсмена і подають сигнал під час порушення 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 АФК при сліпоті є розвиток:

– м'язово-суглобового відчуття;

– орієнтація в просторі;

– орієнтація в часі;

– здатності відчувати темп і швидкість рухів, їхню амплітуду й ступінь навантаження м'язів.

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

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

### 3.3. Адаптивна фізична культура осіб із порушенням опорно-рухового апарату

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

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

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

До загальних завдань належать:

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

Специфічні завдання:

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

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

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

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

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

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

Задоволення і користь приносять бадмінтон, баскетбол (на візках), волейбол (сидячи), легка і важка атлетика, плавання, теніс, лижі, футбол, танці, шашки, біатлон, шахи. Перевага повинна надаватися циклічним вправам аеробного характеру, виконання яких сприяє нормалізації процесів обміну й підвищенню загальної витривалості.

Плавання – ефективний засіб загартовування, підвищення функціональних можливостей серцево-судинної і дихальної систем, розвантаження хребта і суглобів. Під час регулярних занять плаванням оптимізується автоматична регуляція серцевого ритму, нормалізується порушена під час ампутації взаємодія симпатичної і парасимпатичної вегетативних систем, периферичний кровообіг, артеріальний тиск, біоелектрична активність м'язів і ферментативна активність крові, що в цілому підвищує адаптаційні здатності організму. Заняття у воді покращують трофіку і тургор шкіри, нормалізують її гідрофільність, зменшують пітливість, сприяють росту сили і нормалізації тонусу м'язів, підвищують споживання кисню тканинами.

*Завдання і засоби АФК за травм спинного мозку.* До загальних завдань АФК при даній нозології відносяться:

- виховання усвідомленого відношення до реальності і своїх можливостей, силам, розвиток вольових якостей, прагнення самореалізації;
- відновлення функції хребта і спинного мозку;
- нормалізація основних нервових процесів нейрорегуляції;

- нормалізація м'язового 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;
- До специфічних завдань відносяться:
- дія на пошкоджену ділянку хребта і всього опорно-рухового апарату з метою 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 швидко-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.

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

За підвищеного тону великих 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 валіку, 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 нижчерозташованих відділів (змінюючи фонову напругу гладенької й поперечно-смугастої мускулатури), відображається на положенні тіла в просторі, у тому числі на його здатності протистояти дії зовнішніх сил. Розвиток рухових здібностей необхідно починати з розв'язання статокінетичних завдань: вибору початкових положень і раціональних поз, при яких дія зовнішніх сил, передусім сили гравітації, буде мінімальна; стійкість тіла – максимальною.

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

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

Корисний ефект надають вправи у воді – пасивні або пасивно-активні. Використання таких видів спорту, як атлетика, важка атлетика, гімнастика, настільний теніс, стрільба з лука, пересування в інвалідному візку, сприяє розвитку найбільш важливих в даному випадку рухових якостей, підвищує загальний функціональний рівень і фізичну працездатність. Заняття важкою атлетикою збільшують м'язову силу й витривалість. Настільний теніс розвиває відчуття рівноваги, сприяє поліпшенню координації, концентрації уваги, точності й швидкості рухів. Внаслідок змагального характеру здійснюється позитивний вплив на психоемоційний стан. Стрільба з лука допомагає розвитку відчуття рівноваги, координації рухів і підвищує статичну витривалість. Пересування 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, за якої 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. Так, обов'язковий одноденний відпочинок



між заняттями обумовлений розгортанням асиміляційних процесів. Час відновлення після вправ прямо пропорційно залежить від величини навантаження і обернено пропорційно – від стану здоров'я (чим гірший загальний фізичний стан, тим більша неузгодженість у відновленні окремих функцій організму під час відпочинку). Критерієм відновлення працездатності служить відчуття готовності до повторного виконання вправ. Повний інтервал відпочинку складає від 6-8 до 20 хв. і включає: 25% часу активного відпочинку, 50% – пасивного і інші 25% – активного відпочинку. У свою чергу, активний відпочинок (2-4 хв.) містить вправи поміркованої інтенсивності, близькі формою до тренувальних.

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

Під час застосування пасивної гімнастики рекомендується виконувати вправи синхронно обома кінцівками, незалежно від порівняльного ступеня їх ураження, в тому самому темпі, в тих самих напрямках та за однакового дозування.

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

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

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

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

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

Техніка рухів відпрацьовується на малій вазі. Для кожного заняття вага визначається відповідно до довгострокового плану та урахування самопочуття у день заняття. Навантаження збільшуються поступово.

У початковому періоді тренувального процесу навантаження неприпустимі. Запобігати навантажень; якщо запобігти не вдається, то робити їх на піввидиху. Перед виконанням силової вправи не робити максимальний вдих. При виконанні вправи не затримувати дихання. Максимальне зусилля у вправі здійснювати на видиху, не затримуючи дихання. Допускати навантаження можна тільки при досягненні певного досвіду у виконанні силових вправ і лише при короткочасних навантаженнях.

При роботі зі штангою робити вдих і видих у середині вправи, коли штанга знаходиться на грудях. Добиватися швидкого піднімання штанги. Піднімаючи вагу, не рекомендується опускати підборіддя на груди. Вправи локального характеру у методі повторних зусиль знижують навантаження. Як можна більше різноманітити вправи. Виконувати оздоровчі вправи для хребта. При вправах, які навантажують хребет, намагатися утримувати його прямо. Використовувати різні хвати. Використовувати тренажери. Користуватися зручним та гігієнічним одягом.

### **3.4. Адаптивна фізична культура осіб із дитячим церебральним паралічем**

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

Порушення моторного розвитку за вираженої патології визначається вже у віці 3 міс, коли в результаті певного «дозрівання» центральної нервової системи остаточно зникає вплив рефлексів

новонароджених. Під час затримки розвитку наявність проявів лабіринтового тонічного рефлексу у віці старше 3 міс. призводить до відсутності або недорозвинення нормальних відношень між згиначами й розгиначами шиї, результатом чого стає відсутність контролю положення голови. Виявлення тонічного рефлексу з голови на тулуб у віці старше 3 міс. робить неможливим роздільний поворот голови та тулуба й відповідно тонічного рефлексу з тулуба на таз у віці старше 4-5 міс. – роздільний поворот тулуба і таза.

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

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

Через затримку розвитку деяких структур нервової системи, порушення процесів мієлінізації нервових волокон, затримку редукування примітивних тонічних рефлексів і розвиток установочних і випрямних рефлексів, порушення координаційних відношень різних рівнів регуляції довільної моторики та м'язового тонузу розвивається патологічний руховий стереотип.

Патологічний руховий стереотип за ДЦП має такі особливості: відхилення центру ваги тіла, патологія статичної й динамічної складових рухового стереотипу, скорочення великих грудних м'язів,

поперекових квадратних, привідних м'язів стегна, триголових м'язів гомілки, зниження сили нижніх фіксаторів лопатки, м'язів живота, сідничних м'язів, відвідних м'язів стегна.

Важливу роль за ДЦП відіграють порушення зору, слуху, емоційно-вольової сфери, інтелекту, поведінки, мовлення. У 20-25% хворих на ДЦП гострота слуху знижена на одне або обидва вуха. Недостатньо розвинена здатність розрізняти звукові частоти, особливо високої тональності. Наслідком цього є складні мовні порушення.

Вада зору проявляється зменшенням його периферійних полів або, навпаки, недостатністю центрального бачення. Нерідко спостерігаються порушення фіксацій і простежування предмета, іноді за рахунок штовхоподібних мимовільних рухів очних яблук (ністагм). Ці порушення заважають формуванню уваги і вмінню зосередитися на завданні. Таким чином, значно страждають сприйняття.

За ДЦП нерідко мають місце розумова відсталість різних ступенів, епілептичні напади, проте слід пам'ятати про присутній у багатьох випадках ДЦП феномен дисоціації між задовільним рівнем логічного мислення та недорозвиненістю функцій, що забезпечують аналіз і синтез простору, здатністю розпізнавати предмети через дотик, процесами впізнавання речей та їхніх відображень, кінестезією, моторикою, мовленням. Важливо враховувати, що такі діти з недорозвиненим мовленням, неповноцінною моторикою, уповільненими реакціями, нерідко зі слинотечею, мають вигляд глибше розумово відсталих, ніж це є насправді.

За відсутності реабілітаційних заходів і лікування за ДЦП до 2-5 років життя формуються контрактури, деформації суглобів, спотворені постави та установлення, патологічний руховий стереотип. До 5-8 років деформації нижніх кінцівок призводять до скривлення хребта і деформацій грудної клітки, дисторзії таза, внаслідок чого виникають сколіози, кіфосколіози, функціональні блоки тазостегнових суглобів і хребта. Ці зміни мають стійкий характер, значно обмежують рухові можливості людини і можуть призводити до порушень інших життєво важливих систем і органів організму. Отже, ДЦП супроводжується порушеннями діяльності серцево-судинної і дихальної систем, вегетативних функцій.

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

У свою чергу синдром рухових порушень класифікують за трьома видами проявів: зміни м'язового тону (гіпотонія, гіпертонія,

дистонія); слабкість або обмеження рухів (парез) або відсутність рухів (параліч); розповсюдженість рухових порушень [моно-, ді- (пара- або гемі-), три-, тетрапарези або паралічі]. Така класифікація забезпечує системний підхід у процесі АФК: у тестуванні, постановці завдань і застосуванні засобів АФК.

Корекційні завдання АФК:

– формування мотивації і адекватних психоемоційних реакцій у АФК;

– розвиток і вдосконалення сприйняття всіма сенсорними системами;

– формування вестибулярних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) і орієнтація 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.

Під час вибору засобів АФК слід керуватися важливою фізіологічною закономірністю: швидше розвиваються ті органи і системи, які необхідні організму на даному етапі онтогенезу або в недалекому майбутньому. Навпаки, розвиток, неактуальних на даний момент, функціональних систем затримується.

*Особливості методики при ДЦП.* Заняття починають із вправ, спрямованих на нормалізацію м'язового тону. Всі вправи, котрими розвивають той або інший рух, чергують із дихальними. На фоні загально зміцнюючих виконують вправи, що нормалізують м'язовий тонус, нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси, добиваються

нормалізації амплітуди рухів у всіх суглобах. Бажано, щоб дитина виконувала вправи перед дзеркалом.

Під час патологічного впливу тонічних рефлексів, затримці установочних і випрямних рефлексів та як наслідок – порушення здатності до переходу тіла у вертикальне положення (піднімання голови, присідання, стомлення), основоположними є фізичні вправи, спрямовані на ліквідацію впливу патологічних рефлексів, формування установочних, випрямляючих і статокінетичних рефлексів, які розвиваються на фоні заходів із зниження тонічної активності (релаксації), ліквідації патологічних супутніх рухів, виховання правильної схеми рухів тулубу, рук і ніг, нормалізування координації між м'язовими групами.

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

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

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

Застосовуються як загальні методи фізичного виховання, так і специфічні:

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

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

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

- змагальний метод;
- індивідуально-груповий метод: група складається з 5-6 чоловік, тому викладач може приділити більше уваги кожному, але, крім того, діє позитивний фактор колективних взаємовідносин; застосовуються як в однорідних групах, де беруть участь люди з відносно однаковими проявами ДЦП, так і у змішаних групах, учасники яких – люди різних фізичних можливостей;
- колективно-індивідуальний метод (об'єднує 7-12 чоловік, мета – соціальна адаптація);
- ігровий метод;
- музично-ритмічні заняття, зокрема танці;
- виконання вправ з одночасним декламуванням віршів;
- метод «театру фізичного виховання» (сюжетні вистави та інше);
- метод предметно-практичної взаємодії (ознайомлення з призначенням предметів і способами маніпулювання ними).

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

- стимулюють вестибулярну функцію;
- домагаються ліквідації патологічного впливу тонічних рефлексів новонароджених;
- розвивають установочні рефлекси;
- нормалізують м'язовий тонус;
- домагаються реакції повороту голови на звук або інший подразник;
- формують уміння контролювати положення голови у просторі (у положенні лежачи на животі, а потім на спині), навчають піднімати голову, не піднімаючи плечей;
- домагаються роздільних рухів голови і тіла при зміні постави;
- нормалізують м'язовий тонус рук (у тому числі великих грудних м'язів) і формують уміння випрямляти руки;
- розвивають зорово-рухову координацію голови і рук, опорну здатність рук;
- формують уміння виконувати повороти тулубу зі спини на живіт і навпаки (стимулюють зміни положення тіла з розділенням рухів у шийному, грудному, поперековому відділах хребта);
- розвивають уміння повзати на животі й на колінах;
- формують уміння сідати з допомогою й самостійно;
- розвивають маніпулятивну діяльність рук;
- формують уміння ставати на ноги та утримувати вертикальне положення;
- розвивають навички циклічних рухів: плавання, ходьба, біг.

Із цією метою застосовують методики Боббат, Войта, Козьявкіна та інше. Виконання вправ в умовах змагання позитивно впливає як на дитину, так і на її близьких, тому ефективніше проводити заняття у формі змагань із приведених умінь між дітьми рівних рухових якостей.

На початку навчального процесу бажано використовувати індивідуальний метод.

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

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

Враховуючи те, що внаслідок ураження центральної нервової системи у хворого на ДЦП може мати місце в'ялість, знижена активність, апатія, фахівцю потрібно особливу увагу приділити формуванню мотивації до занять. Велику роль в цьому відіграє підбір доступних для дитини вправ, оскільки невдачі за ДЦП, як правило, викликають негативне ставлення до процесу навчання фізичних дій в цілому. Крім доступності, важливе значення має дотримання послідовності й систематичності тренувальних занять: при ДЦП будь-яке перенесене гостре захворювання призводить до значної втрати набутих протягом останніх одного-двох місяців психомоторних умінь. У таких випадках слід бути готовими до подібного результату і після одужання, приступивши до занять, повертатися до повторення раніше пройденого матеріалу.

До особливостей методики АФК за ДЦП необхідно віднести:

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



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

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

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

Підбираючи вправи для розминки, керуються їх відповідністю меті заняття, специфічною спрямованістю, ритмічною врівноваженістю й завершеністю.

Для розминки загального характеру підбирають 8–10 вправ, техніка яких уже добре засвоєна учнем або не потребує тривалого навчання. Наприклад: повороти і нахили голови, нахили і повороти тулуба, вправи для плечових суглобів, ізольовані рухи стегон. У послідовності рухів повинно бути поступове збільшення амплітуди, складності та кількості задіяних у рухах м'язів.

Перенесення рухових навичок рекомендується здійснювати у такій послідовності: з однієї вправи на іншу вправу, з однієї м'язової групи на іншу. Після вправ, спрямованих на окремі м'язові групи, застосовують вправи, які об'єднують попередні вправи у більш складні комбінації для усього тіла. Наприклад, нахили тулуба з поворотами голови; рухи плечима з нахилами тулуба. Наприкінці розминки вводять вправи для розвитку гнучкості: вправи на розтягування нижньої частини спини, задньої поверхні стегон. Під час виконання цих вправ дотримуються ритмічності, плавності, поступового нарощування амплітуди рухів.

Підбираючи вправи для основної частини, необхідно дотримуватися таких принципів: вправи повинні відповідати завданням заняття, забезпечувати ефективність і безпеку, бути цікавими й різноманітними. Інтенсивність повинна поступово збільшуватися на початку основної частини заняття і зменшуватися наприкінці. Необхідно задіяти максимальну кількість м'язових груп, обов'язково уражені. Рухи, які є стресовими для організму, застосовують в обмеженій кількості повторень залежно від показань. Доступність, інтенсивність, складність варіюють у логічній послідовності. Увагу концентрують на техніці виконання рухів, а не на кількості повторень.

Переходи між вправами повинні бути плавними, нескладними для виконання, вказівки – однозначними і зрозумілими для учня. Починають основну частину з аеробного розігрівання: ходьба, біг, рухи руками і ногами зі збільшенням амплітуди, махові рухи. Після цього переходять до вправ у такій послідовності: розтягування великих грудних м'язів, розвиток сили нижніх фіксаторів лопатки;

розтягування клубово-поперекових, квадратних поперекових м'язів, розвиток сили м'язів живота, розтягування привідних м'язів стегна, силові вправи для сідничних м'язів, відвідних м'язів стегна; розтягування триголових м'язів гомілки (саме ці м'язи, як правило, уражені за ДЦП). У заключній («підтримуючій») частині підбирають вправи індивідуальної спрямованості. Залучають до дії основні групи м'язів, формують правильну поставу. Перевага надається вправам на розтягування: підколінних сухожилків, привідних м'язів стегна, квадрицепсів, згиначів стегна, литкових м'язів. Заняття закінчують грою або змаганням, естафетою, танцем, спрямованими на досягнення учнем успіху у виконанні завдання й отримання позитивних вражень від усього заняття в цілому.

### **3.5. Адаптивна фізична культура осіб із розумовою відсталістю**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

У ранньому віці таким дітям властива мала допитливість, відсутність творчості в діяльності, пізній розвиток мовлення, значна кількість жестикуляції та міміки. У дошкільному віці в них відсутній інтерес до сутності речей, явищ. У грі ці діти погано засвоюють

правила, погано визначають свою рольову позицію. У них ледве формуються відносні кількісні, просторові й часові поняття, різко знижена логічна пам'ять, низькі емоційні сприйняття. У молодшому шкільному віці має місце нечіткість таких понять, як ім'я, прізвище. Відсутні задуми в іграх. Проблематичними є осмислення простого сюжету, рахунку. При цьому підказки дорослих малоефективні. Діти слабо реагують на власні успіхи або помилки. Має місце надмірна збудженість або загальмованість. У старшому віці відмічається недостатність абстрагування й осмислення суттєвості навіть знайомих явищ, невміння виділити суттєві ознаки, надмірна конкретність, шаблонність мислення та вчинків, відсутність критичного ставлення до власних вчинків.

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

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

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

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

Відхилення у розумовому розвитку виділяють наступні рухові порушення:

- моторна імбецильність – загальна недорозвиненість моторики;
- моторний інфантилізм – затримка розвитку моторики;
- екстрапірамідна недостатність – відсутність або недостатність асоційованих автоматичних і захисних рухів, міміки, мовлення;
- фронтальна недостатність – відсутність формул рухів і здатності їх виробляти, порушення мовлення, надмірна збудженість, недостатність уваги, ейфорія.

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

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

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

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

Завдання навчального процесу:

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

Вирішуючи ці та інші завдання в роботі з людьми з відхиленнями розумового розвитку, фахівець повинен подолати такі проблеми, як страх перед новими завданнями та відмова від їх виконання,

нездатність до зосередженості та психічних навантажень, відсутність позитивного досвіду, низька працездатність, швидка стомлюваність.

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

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

Методами формування мотивації також можуть бути:

- завдання нової дії в обсязі попередньої;
- використання результату попередньої дії для реалізації наступної;
- застосування прийомів стимулювання (заохочення).

При відхиленнях у розумовому розвитку проблематичним стає спостереження за предметом або дією. Цей процес можна полегшити, перетворивши предмет спостереження на мету. Для полегшення навчального процесу намагаються максимально сконцентрувати увагу учня в логічній послідовності: 1) на фахівцю; 2) на завданні; 3) на предметі; 4) на дії з предметом.

Виключають усі фактори, що відволікають увагу учня. Поступово переходять від одного предмета і дії до двох та інше. Під час формування понять, спираючись на конкретність мислення дитини з відхиленнями розумового розвитку, розвивають абстрактне мислення. Поняття (предмети і дії) повинні бути дуже простими, доступними. Аналіз сприйняття є процесом формування понять про власні відчуття. Цьому допомагає контрастність стимулів (дій). Уявлення створюється виділенням змісту (або форми) речі або дії.

Одну з найбільших проблем є мотивація до аналізу умови завдання і сам аналіз, який проводиться у такій послідовності:

- визначення понять;
- звернення до аналогічних прикладів попереднього досвіду;
- прогнозування очікуваного результату;
- по можливості необхідне мовленнєве відтворення учнем дії та його власні висновки.

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

## Специфічні особливості процесу фізичного виховання дітей із відхиленнями розумового розвитку

Вид діяльності	Тривалість (хв.)	Методичні вказівки
«Паровозик». Пересування спортивним майданчиком в обхід, змійкою, спіраллю, по діагоналі	1-2	Виконує організаційні цілі (шикування). Ведучим обирається найбільш розумово і фізично розвинений учень.
Ходьба один за одним у звичайному темпі.	2-3	Із перших занять домагатися дотримання дистанції.
Маршовим кроком, у прискореному темпі. На носках. Переступання через перешкоди. Коридорчиком	2-3	Вдосконалювати якість ходьби: постава, легкість. Слідкувати за рухами рук.
Біг до предмета (взяти предмет)	2-3	Слідкувати за рухами рук і диханням.
«Хто швидше принесе м'яч». В одному напрямку кидають м'ячі (за кількістю гравців), за командою треба побігти і принести їх.	3-4	Домагатися, щоб гравці не заважали один одному, легко пересувалися.
Шикування і перешикування: стати в коло, перешикуватися в колону по одному.	2-3	Направляючі колони в кожному занятті змінюються, щоб кожен спробував себе у ролі направляючого. Розвиток відчуття рівноваги.
Зістрибування з висоти 20–25 см. Шикування і перешикування. Катання м'яча один одному або у ціль (боулінг).	1-2	Зміна направляючих.
Шикування по парах. Пройти парами. Повороти з вказівкою предмета, на який орієнтуються: вікно, двері	5	Використовувати різні за масою й розміром м'ячі. Під час шикування по парах розвивати здатність до ідентифікації за кольором (прапорці, пов'язки, стрічки) або за виглядом предметів.
Повзання, лазання, перелітання. Естафета з елементами бігу,	2-3	Включати змагальні елементи. До вправ можна додавати елементи рахунку або питання із загальноосвітніх дисциплін.
зістрибування, катання м'яча у ціль, повзання. Сюжетна гра (або хороводна гра, танок).	5-7	Мета – заспокоїти тих, кого навчають, після естафети.
	5-7	

Процес фізичного виховання розумово відсталих дітей має наступні специфічні особливості:

- вимагає більшого терпіння від фахівця (результат настає в середньому через 2 роки);
- фахівці залежні від мотивації учня;
- агресія учня – одна з форм контакту;
- фахівцю не можна піддавати критиці, примушувати учнів, допускати їх перевтому.
- не варто пильно дивитися в очі учням;
- необхідна рівна позитивна тональність викладача в спілкуванні;
- необхідно створювати атмосферу радості, зацікавленості, ентузіазму.

### **3.6. Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивній фізичній культурі**

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

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

Медичне діагностування містить:

- вивчення психоемоційного стану учня з метою створення адекватних умов для найскорішого її виходу з негативного психологічного стану та створення мотивації до активної діяльності, занять фізкультурою й спортом;
- визначення потреб у фізичній і соціальній реабілітації. Враховується характер вади й супутніх захворювань, ступінь функціональних порушень, можливості їх компенсації, необхідність в оперативному, реконструктивному, консервативному лікуванні, протезуванні, тривалість перебування з інвалідністю;
- оцінку ступеня рухових порушень;



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

– визначення рекомендованих засобів фізичного виховання й спорту, а також протипоказань;

– виявлення обмежуючих факторів, які перешкоджають або обмежують вибір засобів фізичного виховання й 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;

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

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

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

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

*Тестування мотивації учня.* Мотивація учня з'ясовується на підставі відповідей викладача на такі запитання:

✓ До якого виду рухової активності виявляє інтерес або мимоволі звертається учень?

✓ До яких предметів, до якої діяльності звертається учень у випадку свободи вибору?

✓ Які дії учень здійснює самостійно, без стороннього втручання?

✓ Які індивідуальні рухові й особистісні якості демонструє учень у своїй діяльності?

✓ Чи існує в руховій діяльності учня періодичність протягом дня, тижня, місяця, року?

✓ Яким чином учень демонструє своє прагнення до розвитку?

✓ Чи здатний учень і на який час зосередити увагу на своїй діяльності? У тому числі за зовнішніх перешкод.

✓ Які перешкоди для неї мають значення?

✓ Чи займається учень тим, чим займалася після того, як її увагу відволікли?

Оцінюючи психофізіологічний і фізичний розвиток учень виділяють 3 групи на основі сигмальних відхилень від середньої арифметичної величини: середній рівень розвитку, вище середнього, нижче середнього.

Програма дослідження довільних рухових реакцій дітей і підлітків, розроблена Т. Круцевич, передбачає вимірювання чотирьох типів реакцій:

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

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

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

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

Тактильна чутливість оцінюється за допомогою лінійки Мак-Уорті. У цей час орієнтуються на момент визначення досліджуваному кількості діючих на тактильний аналізатор подразників.

М'язово-суглобове відчуття вимірюється кінематометром Жуковського під час виконання завдань, в якому досліджуваний повинен зігнути руку до заданого кута без участі зорового контролю.

Сила нервової системи вивчається методом Копитової. Показником є зміна латентного періоду простої зорово-моторної реакції наприкінці дослідження порівняно з початком.

Лабільність нервової системи досліджується за допомогою приладу для визначення критичної частоти світлового сигналу. Показником рівня лабільності нервової системи є середня частота переходу суцільного світла до дискретного.

Під час визначення рухливості нервових процесів досліджується стійкість і переключення уваги.

Визначення стійкості уваги здійснюється за таблицями Анфімова. Переключення уваги досліджується за таблицями Шульта-Платонова за допомогою секундоміра.

Під час визначення показників пам'яті досліджують механічну та смислову пам'ять.

Механічна пам'ять вивчається за допомогою таблиць із двозначними числами. Показником рівня механічної пам'яті є кількість правильно відображених після запам'ятовування чисел.

Логічна пам'ять досліджується за допомогою карток з нанесеними на них словами. Показником її є коефіцієнт логічного запам'ятовування, який визначається відношенням числа правильно відображених слів до кількості усіх слів на картках.

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

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

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

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

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

- гнучкість;

- точність диференціювання рухів;

- ступінь маніпуляції дрібними речами.

Рухові можливості дітей визначаються таким чином: налагодивши з дитиною контакт, їй дають цікаву для неї річ (наприклад, м'яч), звертаючи увагу на те, як вона бере її в руки (положення долонь і пальців рук): асиметричність положення кистей, згинання пальців однієї з рук, їхнє надмірне навантаження, зміщення однієї з рук донизу, останнє спостерігається, коли сильніша рука намагається «підтримати» річ знизу.

Просьть дитину повернути цю саму річ назад («Поверни 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 проявитися тут сильніше. На ураженій руці можуть спостерігатися посмикування, тремтіння, зайві рухи пальців або усієї руки. Кисть і пальці в разі фізичного навантаження можуть перейти до більш зігнутого положення. Можуть з'явитися мимовільні зайві рухи.

Продовжити ускладнювати рухові завдання: кидаючи м'яч на підлогу у сторону учня, спостерігати, як він його піднімає після кількох спроб (обома руками або кожного разу однією, якщо жаліє уражену), попросити учня кинути м'яч знизу, збоку, зверху. Окрім маніпуляційних можливостей руки, звертають увагу на загальну схему рухів: ходьбу, нахили, повороти, утримання рівноваги, координацію рухів. Про рухову патологію свідчать: надмірна повільність або різкість, порушення ритму, зайві рухи, незграбність, хитання, порушення рівноваги й координації.

Використовують тест «Руки вгору», в якому досліджуваного просять швидко підняти випрямлені руки вгору. Уражена рука піднімається повільніше здорової й не повністю випрямляється в ліктьовому суглобі.

У випадку обстеження маленьких дітей використовують інформативний тест «Складання пірамідки»: нанизування кілець різного розміру на вісь.

М'язовий тонус ніг, його симетричність визначають наступним чином: поклавши обстежуваного на спину і захопивши його гомілки, імітують поворотно-поступальні рухи ногами, що нагадують педалювання на велосипеді. Вивчають ступінь, характер і різницю м'язового навантаження в кожній нозі. В наступному тесті дослідник розводить у сторони зігнуті в колінах ноги обстежуваного. В цей час відмічають тугорухливість, надмірне навантаження або зростаючий у процесі згинання ніг опір як в одній, так і в обох ногах (при

гіпертонусі м'язів), або «підозрілу» м'якість, легкість, відсутність опору (при зниженні м'язового тону).  
Порушення рухових функцій виявляють за допомогою простішого і цікавішого – для людей усіх віків тесту «Гра в 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 за еластичності стрибки будуть слабкими, невисокими. За гіпертонусу характерна розгинальна постава ступні на поверхні опори, за зниженого тону – розпластаність ступні, відсутність амортизації під час приземлення. За допомогою цього самого тесту за характером компенсаторних рухів тулубу й кінцівок визначається функція рівноваги.

Особливості динамічної рівноваги виявляють за допомогою проби, в якій обстежуваному пропонують пройти накресленою на підлозі лінією. Його руки при цьому можуть бути на поясі, витягнуті в сторони або вперед, чи за головою.

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

– положення Ромберга: стоячи зі зімкнутими носками і п'ятками та опущеними руками. За враженої структури нервової системи, що забезпечує координацію, спостерігається похитування тулубу, яке підсилюється під час випрямлення рук уперед, заплющені очі, виставлення однієї ноги вперед;

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

– п'яtkово-колінна проба: п'яtkою однієї ноги проводять ковзання донизу гомілкою від коліна до ступні іншої ноги, а потім угору до коліна. У разі патології п'яtkа зісковзує з гомілки;

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

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

– діадохокінез: витягнутими руками з розставленими пальцями виконують у швидкому темпі протилежні рухи. За 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, захоплювання, 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 (табл. 3).

Таблиця 3

### Обсяг рухів у нормі

Досліджу- ваний суглоб	Рух, що тестується	Амплітуда, град.	Досліджу- ваний суглоб	Рух, що тестується	Амплітуда, град.
Плечовий	Згинання	180	Тазостегновий	Згинання	До 150
	Розгинання	60		Розгинання	До 25
	Відведення	180		Відведення	До 40
	Приведення	0		Приведення	До 50
	Супінація	90		Пронація	До 55
	Пронація, ротація	80		Супінація	До 55
Ліктьовий	Згинання	До 160	Колінний	Згинання	До 150
	Розгинання	0		Розгинання	0
	Супінація	90	Гомілково- стопний	Згинання	До 55
	Пронація, ротація	90		Розгинання	До 25
Променево- зап'ястковий	Згинання	До 80	Пальці ніг	Супінація	До 35
	Розгинання	До 90		Пронація	До 25
	Відведення	До 50		Згинання	90-100
	Приведення	До 25		Розгинання	0
Пальці рук	Згинання	90-100			
	Розгинання	0			

М'язова сила досліджується за методикою мануального м'язового тестування (ММТ) за методом В. Григоренка і А. Глоби. Мета – отримати відомості про силу окремого м'яза або м'язової групи, які обстежуються за їх активного скорочення, й про участь

м'язів у русі. Оцінка отриманих результатів відображає можливість хворого здійснювати вольове скорочення досліджуваних м'язів і виконувати заданий рух (табл. 4).

Таблиця 4

**Мануально-м'язове тестування  
(Григоренко й Глоба, 1991)**

Ступінь, бал	Оцінка рухової можливості	Співвідношення сили ураженого і здорового м'язів, %
0	Немає ознак напруження за спроби довільного руху	0
1	Відчуття напруження м'язів за спроби довільного руху	10
2	Рух в повному об'ємі в умовах розвантаження	25-30
3	Рух в повному об'ємі під час дії сили тяжіння досліджуваної частини тіла	50
4	Рух в повному об'ємі під час дії сили тяжіння досліджуваної частини тіла і поміркованій протидії	75
5	Рух в повному об'ємі під час дії сили тяжіння досліджуваної частини тіла з максимальною протидією	100

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

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

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

За допомогою ММТ визначається ступінь порушення рухових функцій:

- моноплегія (втрата довільних рухів у кінцівці або сегменті, які досліджуються) або монопарез (зменшення м'язової сили в ураженій кінцівці або сегменті, що перешкоджає виконанню активних рухів або окремих функцій);

– параплегія (втрата здатності до довільних рухів у нижніх або верхніх кінцівках) або парепарез (зменшення м'язової сили у верхніх або нижніх кінцівках);

– верхній парепарез, нижня параплегія;

– геміплегія (параліч верхньої і нижньої кінцівок з одного боку тулубу), геміпарез (зменшення м'язової сили у м'язах верхньої і нижньої кінцівок з одного боку);

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

Із метою визначення рухових можливостей виділяють ряд таких функцій: здатність утримувати вертикальну поставу, захоплення речі рукою, утримання речі рукою, сидіння, стояння, ходьба.

Функцію сидіння підрозділяють таким чином:

– людина не може сидіти без опору руками;

– може утримувати тулуб у вертикальному положенні, балансує руками, в цей час неможливі нахили вперед, назад або в сторони без опору руками (рукою);

– може сидіти завдяки роботі м'язів тулубу і нижніх кінцівок, у тому числі виконуючи нахили вперед, назад або в сторони без допомоги рук.

Функція стояння:

– людина не може стояти без фіксації кінцівок і опори руками;

– здатна стояти, спираючись руками на рухливу опору (милиці, палиці);

– стоїть без опори руками, намагається утримати рівновагу тіла за допомогою ступнів, при цьому сила згиначів і розгиначів ступнів становить 3 бали за ММТ;

– стоїть без опори руками, утримуючи рівновагу тіла за допомогою ступнів. Сила згиначів і розгиначів ступнів більша 3 балів.

Градація функції ходьби:

– основний спосіб пересування — за допомогою візка;

– пересування за допомогою фіксуючих апаратів і опори руками на милиці, палиці;

– пересування без фіксуючих апаратів з опорою руками на милиці, палиці;

– можливе пересування без фіксуючих апаратів і без опори руками, в цей час хода паретична (сповільнення рухів внаслідок так званого прилипання ступнів до підлоги);

– хода звичайна, без вад.

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



У функції захоплення й утримання предмета рукою розрізняють такі здатності:

– не може захопити й утримати предмет однією рукою, захоплює обома руками легкі великі предмети, притискаючи їх до тулубу;

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

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

– функція захоплення й утримання предмета рукою повністю збережена.

Окрім рухових функцій, під час медичного обстеження з'ясовується функціональний стан органів тазу й шкіряних покривів, які часто ушкоджуються за різних нозологій. Для АФК важливі також і результати вивчення щоденної діяльності людини з особливими потребами. За результатами цих тестів визначаються рухові можливості в положенні лежачи; рухові можливості, пов'язані з одяганням; рухові можливості, пов'язані з візком (переміщення з ліжка на візок, переміщення із візка на ліжку, 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, підйому нахилом, спуск із нахилом, зачинення й відчинення дверей, зачинення й відчинення вікна, перехід із візка до автомобіля, перехід із автомобіля у візок; рухові якості.

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

У США рухові можливості визначаються за допомогою таких тестів:

– «Мілані-Компараті тест для малюків» – призначений для віку від народження до 2 років. Містить дослідження рефлексів новонароджених. Застосовується також у разі тестування людей більш старшого віку з тяжкими формами церебрального паралічу;

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

## ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Основні поняття адаптивної фізичної культури.
2. Характеристика АФК в Україні.
3. Історія процесу інтеграції людей з особливими потребами.
4. Структура системи фізичного виховання аномальних дітей.
5. Зміст законодавчих основ адаптивної фізичної культури в Україні.
6. Зміст спеціальних методів, які використовуються в адаптивній фізичній культурі.
7. Вимоги до вчителя адаптивної фізичної культури.
8. Матеріально-технічне забезпечення процесу адаптивної фізичної культури.
9. Мета і завдання адаптивної фізичної культури.
10. Принципи адаптивної фізичної культури.
11. Педагогічні функції.
12. Соціальні функції.
13. Засоби адаптивної фізичної культури.
14. Методи адаптивної фізичної культури.
15. Застосування різних методів формування дії по етапах.
16. Форми адаптивної фізичної культури.
17. Рух – ведучий фактор розвитку рухових якостей.
18. Основні поняття, мета і завдання.
19. Тестування за глухоти.
20. Особливості методики.
21. Основні поняття адаптивної фізичної культури за сліпоти.
22. Методи навчання спортивної техніки за сліпоти.
23. АФК за станів після ампутації.
24. АФК за порушеннях ОРА.
25. Завдання АФК за ураження спинного мозку.
26. Засоби АФК за ураження спинного мозку.
27. Методичні вказівки під час занять ФК за ушкодження спинного мозку.
28. Загальна характеристика АФК за ДЦП.
29. Особливості методики за ДЦП.
30. АФК за тяжких форм ДЦП.

31. АФК за ДЦП середнього ступеня.
32. АФК за ДЦП легкого ступеня.
33. Загальна характеристика АФК за відхилення розумового розвитку.
34. Завдання та засоби АФК за відхилення розумового розвитку.
35. Медично-педагогічний контроль в адаптивній фізичній культури.
36. Методи контролю ефективності навчального процесу в адаптивній фізичній культури.
37. Переважна спрямованість змісту занять (уроків) з адаптивної фізичної культури.
38. Характеристика змісту занять (уроків) з адаптивної фізичної культури.
39. Заняття з дітьми першого року життя. Заняття з адаптивної фізичної культури дошкільнят та школярів.
40. Заняття з адаптивної фізичної культури у вузах.
41. Відмінні риси методики навчання руховим діям.
42. Міжпредметна команда фахівців для роботи з дітьми, що мають відхилення в розвитку.
43. Роль і місце фахівця з адаптивної фізичної культури в команді.
44. Принципи класифікації в адаптивному спорті.
45. Види класифікацій.
46. Система організації і проведення класифікацій осіб, що займаються адаптивним спортом.
47. Система організації й проведення медичної класифікації.
48. Система організації й проведення спортивно-функціональної класифікації.
49. Основні групи осіб, що займаються адаптивним спортом (класифікація спортсменів).
50. Форми теоретичного навчання батьків дітей-інвалідів.
51. Форми та методи практичного навчання батьків дітей-інвалідів.
52. Підходи роботи з сім'єю, які стимулюють розвиток рухової активності дитини-інваліда.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптивное физическое воспитание и спорт. Под ред. Джозефа П. Винника ; пер. с англ. И. Андреев. К.: Олимп. лит., 2010. 608 с.
2. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. М. : ООО "АСТ", 2002. 461 с.
3. Антонюк С. Д., Макарова Л. Н., Сычов А. В. Адаптивное воспитание в практике спортивно-оздоровительной работы: Учеб.-метод. пособие. Тамбов : Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2004. 212 с.
4. Антонюк С. Д., Хватова М. В., Климов П. В. Современные подходы к адаптации детей с особыми образовательными потребностями : Учеб.-метод. пособие. Тамбов : Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2005. 124 с.
5. Аулик И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. М., Наука, 1984. 192 с.
6. Байкина Н. Г., Сермеев Б. В. Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих. М. : Советский спорт, 1991. 84 с.
7. Бегидова Т. П. Основы адаптивной физической культуры: Учеб. пособие. М. : Физкультура и Спорт, 2007. 192 с.
8. Белозерцева И. Оставить в живых! Профилактика суицидального поведения у детей. Основы безопасности жизнедеятельности. 2002. № 11. С. 22-27.
9. Белозерцева И. Этот ребенок невыносим! Клинико-психологическая характеристика детей-суицидентов. Основы безопасности жизнедеятельности. 2000. № 10. С. 27–31.
10. Бортфельд С. А. Двигательные нарушения и ЛФК при ДЦП. 1971. 127 с.
11. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів : [підручник]. К. : Олімпійська література, 2006. С. 5-124.
12. Вахрук Т. П., Лисовский В. А., Сологуб Е. Б. Основы терапии и наследственной патологии. Учеб. пособие. М.: Сов. спорт, 2001.
13. Виноградова Р. Н. Об опыте работы по интеграции в общество людей с ограниченными возможностями в Германии. Соц. и клин. психиатрия. 2000. Т. 10. № 4. С. 72-73.
14. Выготский Л. С. Основы дефектологии. Собр. соч. М., 1983. Т. 5. С. 78-81.
15. Власова Т. А., Певзер М. С. О детях с отклонениями в развитии. М. : Просвещение, 1973. 176 с.
16. Гиббс Р. Если Вам за 50. М.: Физ-ра и спорт, 1985. 32 с.
17. Дегонская Е. В. Метод «Вилкион»-терапии в лечении сопутствующей соматической патологии у детей с церебральным параличом. Укр. вісн. психоневрології. 2002. Т. 10. №2. С. 203-204.
18. Деделюк Н. А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2014. 68с.

19. Дмитриев А. А. Физическая культура в специальном образовании: учеб. Пособие. М. : Академия, 2002. 176 с.
20. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебное пособие. М. : Советский спорт. 2002. 235 с.
21. Евсеев С. П., Шапкова Л. В. Адаптивная физическая культура : учебное пособие. М. : Советский спорт, 2000. 240 с.
22. Епифанов В. А. Медицинское обеспечение спорта у инвалидов. Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 1995. № 6. С. 47-48.
23. Зелинская Д. И., Белова Л. С. Детская инвалидность. М., 2001. 136 с.
24. Коренев Н. М. Международные подходы к оценке последствий заболеваний и травм. Ортопедия, травматология и протезирование. 2001. № 3. С. 23-25.
25. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студ. ВНЗ. К.: Олімпійська література, 2008. 393 с.
26. Курдыбайло С. Ф. Влияние гипокинезии и ампутации конечностей на функциональное состояние организма. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. СПб., 1996. 95 с.
27. Куртова Г. Ю. Архипов О. А., Короп М. Ю., Гамов В. Г., Вертель О. В. Визначення відношення майбутніх учителів фізичної культури до професійної діяльності в інклюзивному класі. *Вісн. Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка*. Вип. 147. Том I. Серія: Пед. науки. – Чернігів : ЧНПУ, 2017. – С. 312 – 315.
28. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии. М., 1990. 143 с.
29. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учебное пособие М. : Академия, 2001. 192 с.
30. Лисовский В. А., Евсеев С. П., Голофеевский В. Ю., Мирошниченко А. Н. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учеб. Пособие. М.: Сов. спорт, 2004. 320 с.
31. Литош Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями развития : учебное пособие. М. : СпортАкадемПресс, 2002. 140 с.
32. Маккьюсик В. А. Наследственные признаки человека. М., 1976. 135 с.
33. Матов В. В. Медицинские проблемы современной оздоровительной физической культуры (обзор). Теория и практика физ. культуры. 1987. № 2. С. 43-46.
34. Милнер Е. Выбираю бег. М. : Физ-ра и спорт., 1985. С. 14-19.

35. Нечаева Н. В., Сыромолотов Ю. С. Физкультура и спорт для инвалидов. Теория и практика физ. культуры. 1988. №11. С 12-13.
36. Огорелкова Л. Загальні та індивідуальні особливості керування процесом фізичного виховання дітей-інвалідів по зору. Молода спортивна наука України. 2004. Вип. 7. Т. 1. С. 370-372.
37. Осадченко Т. М., Семенов А. А., Ткаченко В. Т. Адаптивне фізичне виховання: навч. посіб. / Умань: ВПЦ «Візаві», 2014. 211 с.
38. Ростомашвили Л. Н. Адаптивное физическое воспитание. Авторская программа для детей с тяжелой патологией: учеб.-метод. Пособие. СПб., 1997. 91 с.
39. Сарычев С. Я. Основные медико-социальные проблемы инвалидности в детском возрасте. Педиатрия. 1990. № 12. С. 4-10.
40. Сергиени Е. В. Актуальные вопросы медицинской реабилитации инвалидов в Украине. Мед. реабилитация, курортология и физиотерапия. 1998. № 1. С. 52-53.
41. Соколенко О. І. Адаптивна фізична культура : навч.-метод. посіб. Старобільськ, 2015. 153 с.
42. Солодов А. С. Адаптационно-компенсаторные реакции организма инвалидов при занятиях физической культурой. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. СПб., 1996.
43. Составление комплексных планов по трудовому устройству инвалидов, пенсионеров по возрасту и одиноких матерей : Метод. реком. М., 1985. 18 с.
44. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (Прийнято Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних Націй на 48 сесії 20 грудня 1993 р. Резолюція 48/96) (Витяги): Основи концепції політики стосовно інвалідів. Реабілітація. Параграф 23. Розділ 1. Передумови для рівноправної участі. Правило 3. Реабілітація.
45. Страковская В. Л. 300 подвижных игр для оздоровления детей от 1 года до 14 лет. М. : Новая шк., 1994. 288 с.
46. Физическая реабилитация : Учеб. для студ-тов вузов. Под общ. ред. С. Н. Попова. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. 608 с.
47. Частные методики адаптивной физической культуры: Учеб. пособие. Под ред. Л. В. Шапковой. М. : Советский спорт, 2003. 464 с.
48. Шанина Г. Е. Адаптивная физическая культура как фактор социального здоровья лиц с ограниченными возможностями. Теория и практ. физ. культуры. 2003. № 1. С. 56-57.
49. Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры : учебное пособие. М. : Советский спорт, 2003. 464 с.
50. Шапкова Л. В. Средства адаптивной физической культуры : методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии. М. : Советский спорт, 2001. 152 с.

51. Шатов А. В. Стан інвалідності з дитинства в Україні у 2000 р. Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. 2001. № 3. С. 5-11.

52. Шипицына Л. М. Детский церебральный паралич. Л. М. Шипицына, И.И. Мамайчук. СПб. : Дидактика плюс, 2001. 272 с.



НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ВИДАННЯ

ТРОЯНОВСЬКА  
МАРІЯ МИКОЛАЇВНА

## АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА:

Навч.-метод. посіб.  
для студентів факультетів фізичного виховання

Технічний редактор	<i>О. Клімова</i>
Комп'ютерна верстка та макетування	<i>О. Клімова</i>
Комп'ютерний набір	<i>М. Трояновська</i>

*Свідоцтво про державну реєстрацію  
друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 17500-6250 ПР від 16.11.2010 р.*

---

Підписано до друку 22.04.2018 р. Формат 60 x 84 1/16.

Папір офсетний. Друк на різнографі.

Ум. друк. арк. 6,05. Обл.-вид. арк. 5,56.

Наклад 50 прим. Зам. № 847.

Редакційно-видавничий відділ ЧНПУ імені Т.Г. Шевченка.

14013, вул. Гетьмана Полуботка, 53, к. 208.

Тел. 65-17-99.

chnpu.tipograf@gmail.com