

Теория и организация адаптивной физической культуры



Роль личности в развитии нашего общества связана с происходящими процессами гуманизации, демократизации, либерализации.

Именно эти процессы вскрыли одну из самых сложных проблем современности - проблему инвалидности, привлекли к ней внимание широких слоев населения нашей страны, включая политиков, ученых, общественных деятелей, работников средней и высшей школы.

Проблема инвалидности — это проблема мирового масштаба, существующая во всех странах независимо от уровня их экономического развития. Причем по проводимой государством социальной политике относительно инвалидов судят о его цивилизованности.



Наблюдающийся рост инвалидности населения в большинстве стран мира связан с усложнением производственных процессов, увеличением количества и интенсивности транспортных потоков, возникновением военных конфликтов и террористических актов, ухудшением экологических факторов, сокращением двигательной активности и увеличением фармакологических средств коррекции состояния здоровья человека и с целым рядом других причин.



По данным ВОЗ и министерства здравоохранения и социального развития в РК из 17500000 жителей примерно 626000 инвалидов и людей с отклонениями в состоянии здоровья. что составляет 3-4% от общей численности населения. Среди них три четверти - лица трудоспособного возраста, 10% детей».



ДЦП – детский церебральный паралич;
ЗПР – задержка психического развития;
ЗРР – задержка речевого развития;
ММД – минимальная мозговая дисфункция;
ОДА – опорно-двигательный аппарат;
ОНР – общее недоразвитие речи;
РДА – ранний детский аутизм;
СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью;
ОВЗ – ограниченные возможности здоровья.



В специальных (коррекционных) общеобразовательных **школах I вида** обучаются дети-инвалиды по слуху, слабослышащие и глухие.

В **школах II вида** учатся глухонемые дети.

Школы III-IV вида предназначены для слепых и слабовидящих детей.

Школы V вида принимают в свои стены учеников с нарушениями речи, в частности заикающихся детей.

Школы VI вида созданы для детей, имеющих проблемы в физическом и психическом развитии. Такие школы функционируют при неврологических и психиатрических больницах. Основной их контингент – дети с разными формами детского церебрального паралича (ДЦП), спинномозговыми и черепно-мозговыми травмами.

Школы VII вида занимаются коррекцией дислексии у детей. Отсутствие речи и полная неспособность к усвоению речи, а дислексия – это частичное специфическое расстройство овладения чтением, обусловленное нарушением высших психических функций.

Школа VIII вида обучает умственно отсталых детей, главная цель этих учебных учреждений – научить детей читать, считать и писать и ориентироваться в социально-бытовых условиях.



адаптивная физическая культура — это вид (область) физической культуры человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалида, и общества.

Это деятельность и ее социально и индивидуально значимые результаты по созданию всесторонней готовности человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалида, к жизни; оптимизации его состояния и развития в процессе комплексной реабилитации и социальной интеграции; это специфический процесс и результат человеческой деятельности, а также средства и способы совершенствования и гармонизации всех сторон и свойств индивида с отклонениями в состоянии здоровья (физических, интеллектуальных, эмоционально-волевых, эстетических, этических и др.) с помощью физических упражнений, естественно-средовых и гигиенических факторов.



I. ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

Теория и методика физической культуры
Правовые основы физической культуры
Базовые виды двигательной деятельности
и методики обучения
Биомеханика

IV. АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА (АФК)

Теория и организация АФК
Врачебный контроль в АФК
Научно-методическая деятельность
Технологии физкультурно-спортивной
деятельности
Материально-техническое обеспечение АФК

II. МЕДИЦИНА

Комплексная реабилитация
больных и инвалидов
Анатомия человека
Физиология человека
Биохимия
Общая гигиена
Общая патология
и тератология
Частная патология
Физическая реабилитация
Массаж

III. КОРРЕКЦИОННАЯ ПЕДАГОГИКА

Психология развития
Социальная защита
инвалидов
Психология болезни
и инвалидности
Возрастная
психопатология
и психоконсультирование
Специальная психология
Специальная педагогика



цель реабилитации инвалидов состоит в обеспечении их способности к реализации образа жизни нормально развивающихся людей.

Как субъект социальной интеграции инвалиды и лица с отклонениями в состоянии здоровья выступают в трех социально-уровневых измерениях.

Первое из них характеризует индивидуально-личностный уровень. Например, студент-инвалид, обучающийся в вузе.

Второе представляет собой уровень малой социальной группы. Например, команда спортсменов-инвалидов, участвующая в соревнованиях различного ранга.

Третье измерение представляет собой инвалидов на уровне большой социальной группы (групповой общности). Именно так представлены в нашей стране инвалиды, объединенные в соответствующие общественные организации в своем взаимодействии с различными социальными институтами, властными и законодательными структурами и др.



Цель адаптивной физической культуры как вида физической культуры — максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья и (или) инвалидность, за счет обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющихся в наличии (оставшихся в процессе жизни) его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизации для максимально возможной самоактуализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта.



Наглядно представим поле научных проблем адаптивной физической культуры (АФК).

На одной оси поместим компоненты (виды) адаптивной физической культуры:

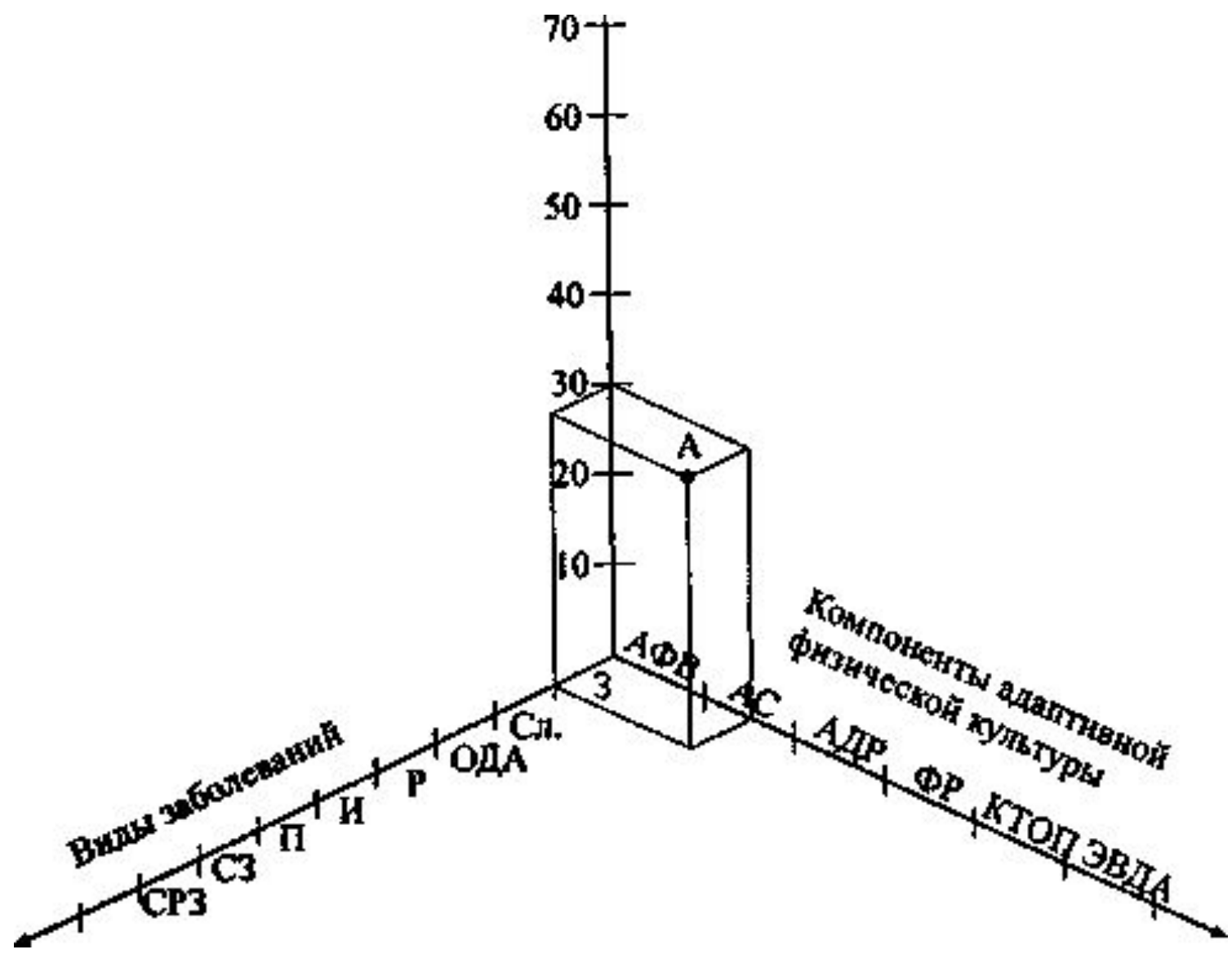
- адаптивное физическое воспитание (АФВ),
- адаптивный спорт (АС),
- адаптивную двигательную рекреацию (АДР),
- физическую реабилитацию (ФР),
- креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики (КТОП),
- экстремальные виды двигательной активности (ЭВДА) и другие.

На второй оси - вид (профиль, нозологическую группу) заболевания или инвалидности:

- зрение (З),
- слух (Сл.),
- опорно-двигательный аппарат (ОДА),
- речь (Р),
- интеллект (И),
- психика (П),
- соматические заболевания (СЗ),
- сочетания различных заболеваний (СРЗ).

На третьей — возрастные периоды жизни человека (возраст).





Теория адаптивной физической культуры как наука исследует содержание, структуру, функции адаптивной физической культуры, ее цель, принципы, задачи и средства, особенности деятельности занимающихся и специалистов в этой области; разрабатывает понятийный аппарат, а также изучает цели, задачи, методы, содержание различных компонентов (видов) адаптивной физической культуры, обосновывает и проверяет на практике ее новые виды и формы, направленные на удовлетворение разнообразных потребностей лиц с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов



Одной из главных проблем теории адаптивной физической культуры является проблема **изучения потребностей, мотивов, интересов, ценностных ориентации** лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов, особенностей их личности и индивидуальности; проблема исследования процесса формирования и корректировки аксиологической концепции жизни данной категории населения страны, преодоления психологических комплексов с помощью средств и методов адаптивной физической культуры.





Виды адаптивной физической культуры



Адаптивное физическое воспитание (образование) — компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности индивида с отклонениями в состоянии здоровья в его подготовке к жизни, бытовой и трудовой деятельности; в формировании положительного и активного отношения к адаптивной физической культуре.

В процессе занятий адаптивным физическим воспитанием у людей с отклонениями в состоянии здоровья **формируются** комплекс специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых сенсорно-прецептивных и двигательных умений и навыков; **развиваются** основные физические и психические качества; **повышаются** функциональные возможности различных органов и систем; **развиваются, сохраняются и используются** в новом качестве оставшиеся в наличии телесно-двигательные характеристики.



Основная цель адаптивного физического воспитания состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и в осуществлении здорового образа жизни в соответствии с рекомендациями валеологии.



В процессе адаптивного физического воспитания, которое должно начинаться с момента рождения ребенка или с момента обнаружения той или иной патологии, первостепенное внимание уделяется задачам коррекции основного дефекта, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, выработке компенсаторных механизмов осуществления жизнедеятельности, если коррекция не удастся, профилактической работе.

Именно здесь огромное значение приобретают так называемые межпредметные связи, когда в процессе занятий физическими упражнениями осуществляется освоение умственных, сенсорно-перцептивных, двигательных действий и понятий, происходит умственное, нравственное, эстетическое, трудовое и другие виды воспитания.

Очень важен этот компонент адаптивной физической культуры и в случае приобретенной патологии или инвалидности, когда человеку приходится заново обучаться жизненно и профессионально важным умениям и навыкам (ходьбе на протезах, пространственной ориентации в случае потери зрения и т.п.)



Адаптивный спорт - компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности личности в самоактуализации, в максимально возможной самореализации своих способностей, сопоставлении их со способностями других людей; потребности в коммуникативной деятельности и вообще в социализации.



Содержание адаптивного спорта (как базового, так и высших достижений) направлено прежде всего на формирование у инвалидов (особенно талантливой молодежи) высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах в состязаниях с людьми, имеющими аналогичные проблемы со здоровьем.

Сущностную основу адаптивного спорта составляет соревновательная деятельность и целенаправленная подготовка к ней, достижение максимальных адаптационно-компенсаторных возможностей на доступном биологическом уровне, совершенствование индивидуальной спортивной техники за счет сохранных функций.



Адаптивной спорт в настоящее время развивается преимущественно в рамках крупнейших международных паралимпийского, специального олимпийского и сурдлимпийского движений.



Адаптивная двигательная рекреация — компонент (вид) адаптивной физической культуры, позволяющий удовлетворить потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в отдыхе, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности, получении удовольствия, в общении.



Содержание адаптивной двигательной рекреации направлено на ликвидацию, поддержание или восстановление физических сил, затраченных инвалидом во время какого-либо вида деятельности (труд, учеба, спорт и др.), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга и вообще на оздоровление, улучшение кондиции, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием.



Для инвалидов адаптивная двигательная рекреация - не только биологически оправданная саморегулируемая двигательная активность, поддерживающая эмоциональное состояние, здоровье и работоспособность, но и способ преодоления замкнутого пространства, психическая защита, возможность общения, удовлетворения личных интересов, вкусов, желаний в выборе видов и форм занятий.

В случае приобретенной инвалидности или тяжелого заболевания адаптивная двигательная рекреация может и должна стать первым этапом, первым шагом в направлении снятия (преодоления) стресса и приобщении к адаптивной физической культуре (адаптивному физическому воспитанию, адаптивному спорту и др.)



Адаптивная физическая реабилитация — компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребность инвалида с отклонениями в состоянии здоровья в лечении, восстановлении у него временно утраченных функций (помимо тех, которые утрачены или разрушены на длительный срок или навсегда в связи с основным заболеванием, например, являющимся причиной инвалидности).



Основная цель **адаптивной физической реабилитации** заключается в формировании адекватных психических реакций инвалидов на то или иное заболевание, ориентации их на использование естественных, экологически оправданных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма; в обучении их умениям использовать соответствующие комплексы физических упражнений, приемы гидровибромассажа и самомассажа, закаливающие и термические процедуры и другие средства (Су-Джок акупунктура и т.п.).



Креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры — компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в самоактуализации, творческом саморазвитии, самовыражении духовной сущности через движение, музыку, образ (в том числе художественный), другие средства искусства.



Основной целью креативных (художественно-музыкальных) телесноориентированных практик необходимо считать приобщение инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья к доступным видам деятельности, способным обеспечить им самоактуализацию, творческое развитие, удовлетворение от активности; снятие психических напряжений («зажимов») и, в конечном счете, вовлечение их в занятия другими видами адаптивной физической культуры и в перспективе - профессионально-трудовую деятельность.



Экстремальные виды двигательной активности — компоненты (виды) адаптивной физической культуры, удовлетворяющие потребности лиц с отклонениями в состоянии здоровья в риске, повышенном напряжении, потребностей испытать себя в необычных, экстремальных условиях, объективно и (или) субъективно опасных для здоровья и даже для жизни,



Основной целью **экстремальных видов двигательной активности** является преодоление психологических комплексов неполноценности (неуверенности в своих силах, недостаточное самоуважение и т.п.); формирование потребности в значительных напряжениях как необходимых условиях саморазвития и самосовершенствования; профилактика состояний фрустрации, депрессии; создание у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья ощущения полноценной, полнокровной жизни.



Функции адаптивной физической культуры

Педагогические функции

Коррекционно-компенсаторная

Профилактическая

Образовательная

Развивающая

Воспитательная

Ценностно-ориентационная

Лечебно-восстановительная

Профессионально-подготовительная

Творческая

Рекреативно-оздоровительная

Гедонистическая

Спортивная и соревновательная

Социальные функции

Гуманистическая

Социализирующая

Интегративная

Коммуникативная

Зрелищная и эстетическая



Функции адаптивного физического воспитания

Педагогические функции

Учебно-познавательная

Развивающая

Коррекционная

Профессионально-подготовительная

Воспитательная

Социальные функции

Социализирующая

Интегративная

Коммуникативная

Функциональные связи с другими социальными институтами

Функции адаптивного спорта

Педагогические функции

Учебно-познавательная

Развивающая

Коррекционно-компенсаторная

Рекреативно-оздоровительная

Самовоспитания

Соревновательная

Социальные функции

Гуманистическая

Коммуникативная

Интегративная

Зрелищная и эстетическая

Социализирующая

Функциональные связи с другими социальными институтами



Функции адаптивной двигательной рекреации

Педагогические функции

Гедонистическая

Оздоровительно-восстановительная

Развивающая

Ценностно-ориентационная

Творческая

Самовоспитания

Социальные функции

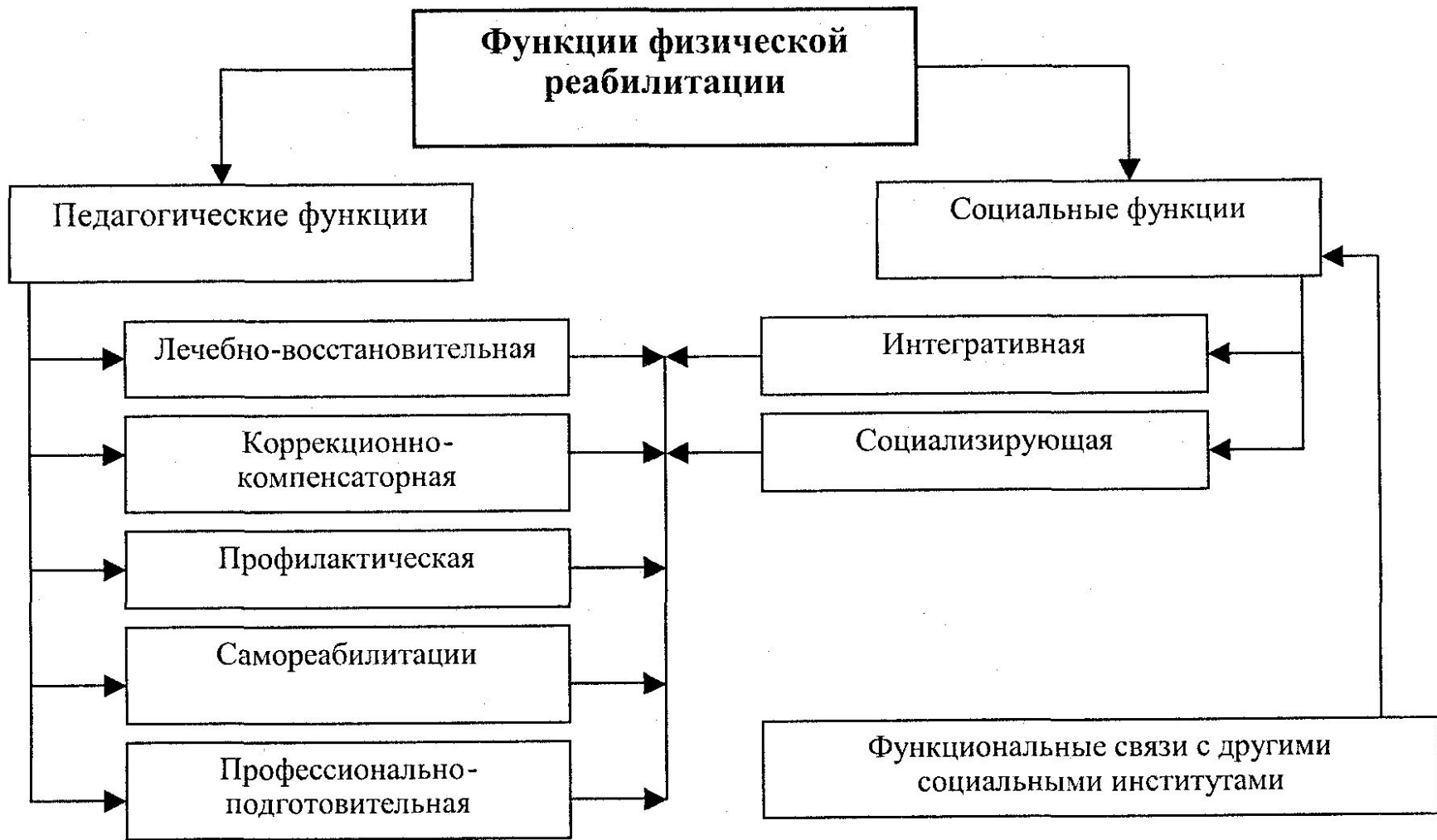
Коммуникативная

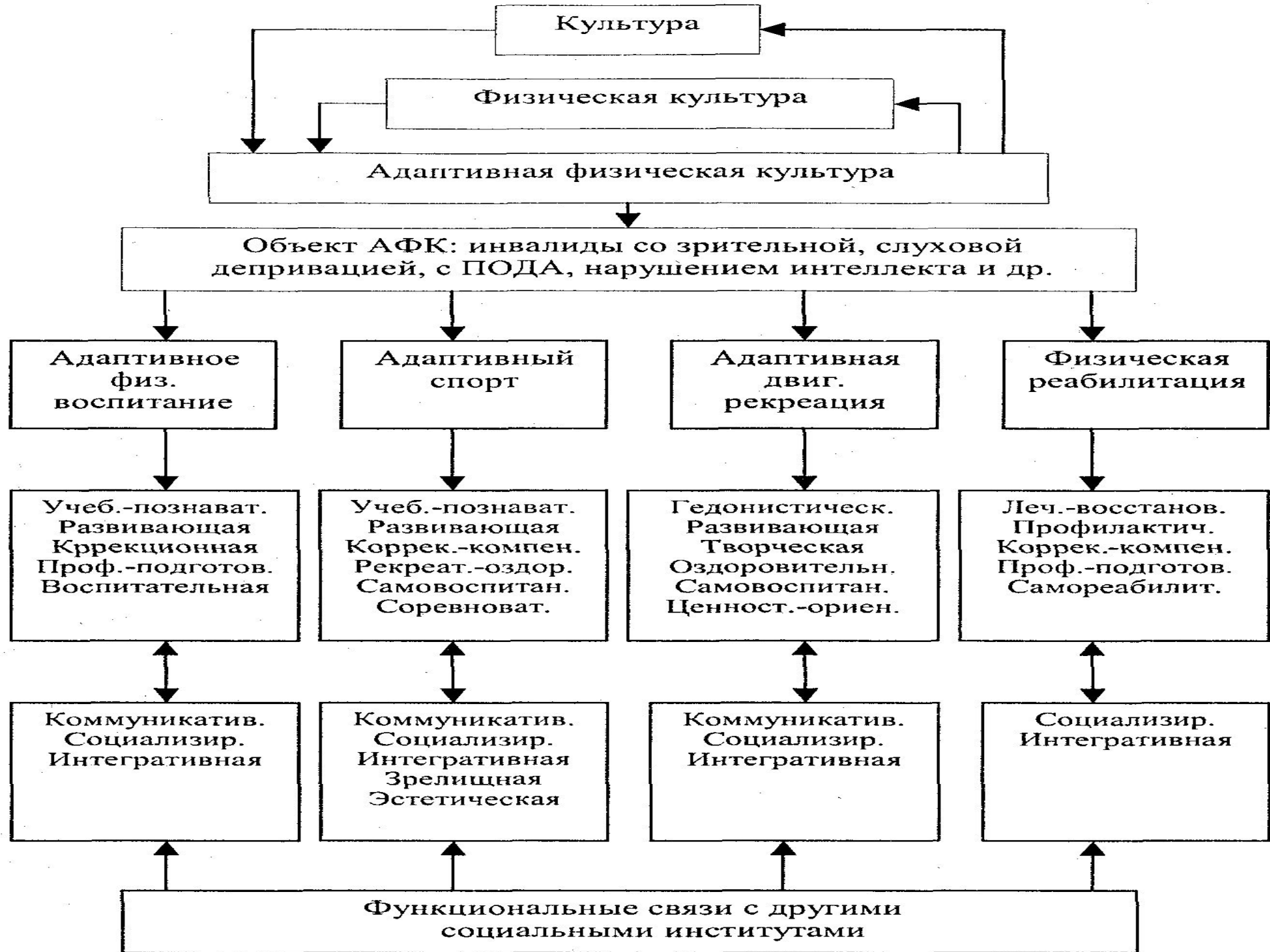
Интегративная

Социализирующая

Функциональные связи с другими социальными институтами







Принципы адаптивной физической культуры

Социальные

- гуманистической направленности
- непрерывности физкультурного образования
- социализации
- интеграции
- приоритетной роли микросоциума

Общеметодические

- научности
- сознательности и активности
- наглядности
- доступности
- систематичности
- прочности

Специально методические

- диагностирования
- дифференциации и индивидуализации
- коррекционно-развивающейся направленности
- компенсаторной направленности
- учета возрастных особенностей
- адекватности, оптимальности и вариативности



Во-первых, реабилитация предстает в своем морфологическом (видовом) измерении: поскольку социальная политика охватывает все основные сферы жизнедеятельности людей, т.е. **сферы труда, быта, культуры**, постольку и реабилитация инвалидов должна охватывать как минимум эти три сферы их жизнедеятельности. Отсюда определяются как минимум три объективно необходимых направления реабилитации инвалидов: социально-трудовая, социально-бытовая и социально-культурная.

Обеспечение продвижения по всем этим направлениям следует понимать как **комплексную (всестороннюю) реабилитацию инвалида**. В свою очередь, профессиональная реабилитация инвалидов являет собой частный случай социально-трудовой реабилитации; эстетическая — социально-культурной, а семейная — социально-бытовой и т.п.

Во-вторых, реабилитацию необходимо рассматривать как динамическое (стадийно-уровневое) явление, в котором могут выделяться первоначальная, элементарная и полная реабилитация.

В-третьих, в зависимости от применяемых технологий, природы используемых средств и методов реабилитации последняя может подразделяться на медицинскую, техническую (инженерную), психологическую, педагогическую.

реабилитация инвалидов — это специфическая деятельность в области социальной политики, предполагающая повышение уровня социальной дееспособности лиц с отклонениями в состоянии здоровья (и инвалидов) в сферах труда, быта, культуры на основе комплексного применения медицинских, инженерных, психологических и педагогических технологий и имеющая своей целью обеспечение готовности этой категории населения к реализации нормативного для данных общественно-исторических условий образа жизни.



Цель адаптивной физической культуры как вида физической культуры — максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья и (или) инвалидность, за счет обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющихся в наличии (оставшихся в процессе жизни) его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизации для максимально возможной самоактуализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта.



ХАРАКТЕРИСТИКА ОБЪЕКТА И СУБЪЕКТА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Для того чтобы строить педагогический процесс, определять принципы и дидактические линии образовательной деятельности, необходимо знать состояние здоровья, физические, психические, личностные особенности людей данной категории, так как характеристика объекта педагогических воздействий является исходным условием любого процесса образования.

Категория этих людей чрезвычайно разнообразна:

- по нозологии (поражение зрения, слуха, речи, интеллекта, опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы и др., а также сочетанные формы);
- по возрасту (от рождения до старости), по степени тяжести и структуре дефекта, времени его возникновения (при рождении или в течение жизни), по причинам и характеру протекания заболевания, медицинскому прогнозу, наличию сопутствующих заболеваний и вторичных нарушений, состоянию сохранных функций, по социальному статусу и другим признакам.



Любая патология, которая привела человека к инвалидности, сопровождается его малоподвижностью как вынужденной формой поведения и приводит к гиподинамии, которая в свою очередь влечет за собой ряд негативных последствий: нарушение социальных связей и условий самореализации, потерю экономической и бытовой независимости, что вызывает стойкий эмоциональный стресс. Внезапная инвалидность в зрелом возрасте часто сопровождается комплексами психической неполноценности, характеризуется тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью, самоизолированностью, или наоборот - эгоцентризмом, агрессивностью, а подчас и антисоциальными установками.



Нарушение зрения	Нарушение слуха	Нарушение интеллекта	Поражение опорно-двигательного аппарата		
			церебральное	спинальное	ампутационное
<p>Нарушение осанки, искривление позвоночника, плоскостопие, слабость дыхательной мускулатуры.</p> <p>Нарушение пространственных образов, самоконтроля и саморегуляции, координации движений.</p> <p>Болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, обмена веществ, неврозы.</p> <p>Заболевания органов слуха, минимальная мозговая дисфункция. Быстрая утомляемость</p>	<p>Дисгармоничность физического развития, нарушение осанки, искривление позвоночника, деформация стопы.</p> <p>Заболевания дыхательной системы, вегетативно-соматические расстройства, нарушение функций вестибулярного аппарата, задержка психического и моторного развития, нарушение функций речи, памяти, внимания, мышления, общения. Быстрая утомляемость, нарушение ритmicности движений, равновесия, реагирующей способности, пространственно-временной дифференцировки</p>	<p>Дисплазия, нарушение окостенения, осанки, деформация стопы и позвоночника, дисгармоничность физического развития, нарушение координации движений.</p> <p>Врожденные пороки сердца, заболевания внутренних органов, эндокринные нарушения, сенсорные отклонения.</p> <p>Снижение силы и подвижности нервных процессов, нарушение познавательной деятельности, высших психических функций: мышления, памяти, речи, эмоционально-волевой сферы, нарушение аналитико-синтетической деятельности ЦНС</p>	<p>Дисгармоничность физического развития, нарушение опороспособности, равновесия, вертикальной позы, ориентировки в пространстве, координации микро- и макромоторики.</p> <p>Остеохондроз позвоночника, мышечная гипотрофия, остеопороз, контрактуры.</p> <p>Нарушения функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, низкий уровень работоспособности.</p> <p>Заболевания внутренних органов, нарушения зрения, слуха, интеллекта. Низкая работоспособность</p>	<p>Расстройство функций тазовых органов, уродинамики.</p> <p>Нарушение вегетативных функций, пролежни. Остеопороз.</p> <p>При высоком (шейном) поражении – нарушение дыхания, недостаточность гемодинамики.</p> <p>При вялом параличе – атрофия мышц, при спастическом – тугоподвижность суставов, контрактуры, спастика.</p> <p>Отсутствие произвольных движений</p>	<p>Нарушение регуляторных механизмов, дегенеративные изменения нервной и костной ткани, контрактуры, нарушения кровообращения, дыхания, пищеварения, воспаления.</p> <p>Нарушение обменных процессов, ожирение. Снижение общей работоспособности, фантомные боли</p>

Так, у детей с **умственной отсталостью** из-за необратимого поражения ЦНС физическое и психическое развитие протекает на дефектной основе, при этом недоразвитыми оказываются не только нервно-психические, но и соматические функции (сердечно-сосудистая система, кишечно-желудочный тракт), костная, мышечная, эндокринная, сенсорные системы, высшие психические функции: речь, мышление, внимание, память, эмоции и личность в целом.



Полная или частичная потеря зрения у детей существенно изменяет их жизнедеятельность. Нарушение пространственных образов, чувственного познания мира, самоконтроля и саморегуляции сопровождается широким спектром сопутствующих заболеваний. 40% детей имеет минимальную мозговую дисфункцию (негрубые поражения ЦНС), свыше 30% — соматические заболевания (пиелонефриты, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем), 80% детей страдают неврозами (Л.А. Семенов, Л.И. Солнцева, 1991; К.Ф. Скворцов, В. П. Илларионов, 1993; Т.А. Никольская, 1997). Среди вторичных нарушений наиболее типичными являются слабость общей и дыхательной мускулатуры, искривления позвоночника, деформации стопы, что естественным образом негативно отражается на физической подготовленности, работоспособности, движениях ребенка. Нарушения осанки наблюдаются почти у 80% слепых и слабовидящих детей (Л.Н. Ростомашвили, 1999).



Потеря слуха у детей сопровождается в 62% случаев дисгармоничным физическим развитием, в 44% — дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие), в 80% — задержкой моторного развития. Сопутствующие заболевания наблюдаются у 70% глухих и слабослышащих детей. Наиболее распространенными являются заболевания, дыхательной системы: ОРЗ, бронхиты, пневмонии, а также задержка психического развития, отклонения в развитии интеллекта, вегетативно-соматические расстройства (В.Л. Страковская, 1994; Н.Т. Лебедева, 1996). Ограниченный поток внешней информации из-за поражения слуха искажает восприятие ее смысла, затрудняет общение, осложняет условия психомоторного развития, вызывает негативные эмоции и стрессовые переживания (Ж.И. Шиф, 1968; Т.В. Розанова, 1985; Е.В. Пархалина, 1995). Недостаточность, слуха приводит к нарушению развития всех сторон речи, а в ряде случаев к полному ее отсутствию (М.Б. Богомильский, 1985; Е.М. Мастюкова, 1997), что ограничивает возможности мышления, отражается на особенностях поведения - замкнутость, нежелание вступать в контакт (З.А. Пономарева, 1998; Т.Е. Черненко, 1998). Для двигательной сферы характерны нарушения точности движений, статического и динамического равновесия, пространственной ориентировки, способности усваивать заданный ритм движений (Н.Г. Байкина, Б.В. Сермеев, 1991).



Дети с последствиями детского церебрального паралича (ДЦП) имеют множественные двигательные расстройства: гипертонус мышц, развитие контрактур, нарушение координации движений, атрофию мышц и др., вызванные тяжелыми заболеваниями ЦНС. Помимо нарушений функций головного и спинного мозга, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах. Часто двигательные расстройства сопровождаются нарушениями зрения, вестибулярного аппарата, речи, психики и других функций. Различают три степени тяжести дефекта: легкую (дети могут свободно передвигаться), среднюю (при передвижениях и самообслуживании нуждаются в помощи), тяжелую (дети целиком зависят от окружающих). По данным анкетирования Ассоциации родителей детей-инвалидов, проведенного в Санкт-Петербурге, 6% детей с ДЦП полностью способны к самообслуживанию, 80% — к полному и частичному самообслуживанию и 14% — полностью неспособны к самообслуживанию. По степени сохранности интеллекта у данной категории детей получены следующие результаты: у 60% - сохраненный интеллект, у 30% — частичные отклонения, у 10% — грубые нарушения. Для двигательной сферы характерны нарушения опороспособности, равновесия, вертикальной позы, ориентировки в пространстве, координации микро- и макромоторики, согласованности дыхания и движения, не-сформированность локомоторных актов, низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость.



Ампутация конечностей ведет, в первую очередь, к нарушению двигательного стереотипа, функции опоры и ходьбы, координации движений. Следствием ампутации конечностей является уменьшение массы тела, сосудистого русла, рецепторных полей, тяжелые заболевания опорно-двигательного аппарата, гипокинезия и стресс. Снижение центральных регуляторных механизмов, дегенеративные изменения нервно-мышечного и костного компонентов опорно-двигательного аппарата, нарушение обменных процессов, ухудшение деятельности вегетативных функций, детренированность мышц отрицательно влияют на процессы кровообращения, дыхания, пищеварения и других жизненно важных функций, создают объективные биологические предпосылки отставания темпов физического и психического развития, снижения двигательных возможностей и общей работоспособности. Выраженность изменений жизненных функций организма зависит от уровня ампутации конечности, характера оперативных вмешательств, возраста, индивидуальных особенностей инвалида.



Краткая характеристика объекта педагогических воздействий позволяет выделить наиболее типичные двигательные расстройства, характерные для всех нозологических групп:

- **вынужденное снижение двигательной активности** как фактор гипокинезии, что проявляется в сокращении объема и интенсивности двигательной деятельности, снижении энергетических затрат на мышечную работу;

- **ухудшение жизненно необходимых физических качеств:** мышечной силы, быстроты и мощности движений, выносливости, ловкости, подвижности в суставах;

- нарушение осанки, деформация стопы, позвоночника, слабость «мышечного корсета»;**

- **нарушение координационных способностей:** быстроты реакции, точности, темпа, ритма, согласованности микро- и макромоторики, дифференцировки усилий, времени и пространства, равновесия и устойчивости к вестибулярным раздражениям, ориентировки в пространстве, расслабления и др., которые негативно отражаются на качестве движений (включая основные локомоции - ходьбу и бег), необходимые в учебной, трудовой, бытовой, спортивной деятельности.

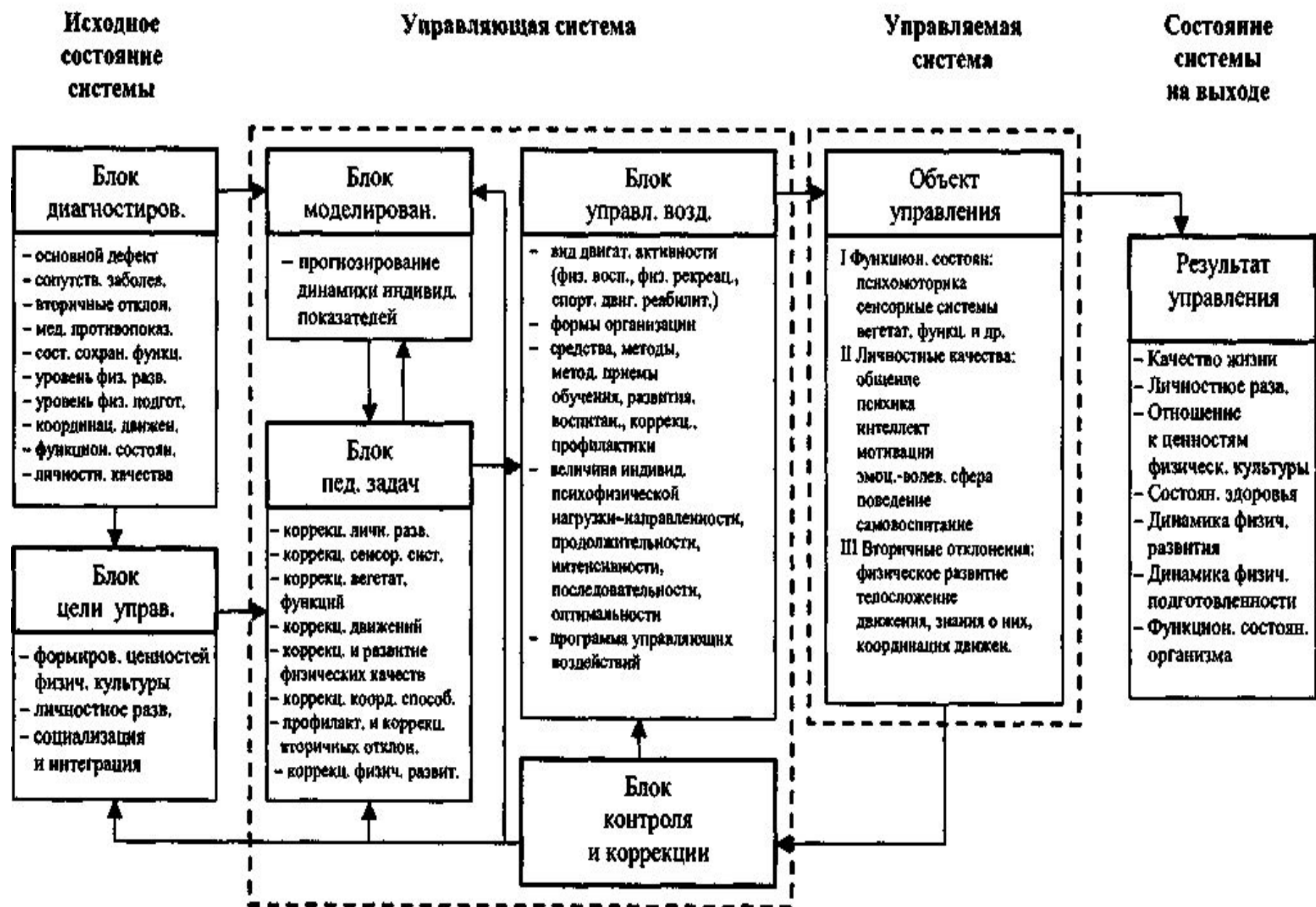


Рис. 1. Информационная блок-схема управления процессом педагогической деятельности в адаптивной физической культуре

Гиподинамия и гипокинезия — неперенные атрибуты современной цивилизованной жизни — стали одним из главных факторов, обуславливающих ухудшение здоровья населения.

Снижение объема и интенсивности физической активности, низкий уровень затрат на мышечную работу, упрощение и обеднение двигательной деятельности человека приводят к негативным результатам в функционировании как внутренних органов и систем человека, так и его психики.

И если здоровый человек снижает до недопустимого уровня свою двигательную активность, то в этом виноват только он сам. У инвалида дефицит движений, как правило, спровоцирован его заболеванием или дефектом. Действительно, отсутствие зрения, детский церебральный паралич, ампутации, нарушения интеллекта являются серьезнейшими препятствиями для полноценной двигательной активности. Однако подчеркнем — препятствием, но не запретом, исключением.



Одной из главных проблем в системе комплексной реабилитации больных и инвалидов практически любых нозологических групп является «борьба» с последствиями вынужденной малоподвижности, активизация деятельности всех сохранных функций и систем организма человека, профилактика огромного количества болезней, зарождающихся в результате гиподинамии и гипокинезии.

И именно эту проблему в первую очередь должна решать адаптивная физическая культура (физическая реабилитация, адаптивная двигательная рекреация, адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт и другие ее компоненты).



Второй по значимости проблемой, которую целесообразно решать с помощью технологий адаптивной физической культуры в процессе комплексной реабилитации инвалидов, является проблема преодоления психологических комплексов неполноценности (чувства эмоциональной обиды, отчужденности, пассивности, повышенной тревоги, потерянной уверенности в себе и др.) или, наоборот, завышения своей оценки (эгоцентризма, агрессивности и др.).

Для решения отмеченной проблемы могут с успехом применяться различные варианты креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практик: психосоматическая саморегуляция, ритмопластика, танцтерапия и др. Хорошо влияет на эмоционально-волевую сферу занимающихся игровая и соревновательная деятельность, сюжетно-ролевые способы выполнения двигательных заданий



Третьей проблемой, решаемой в системе комплексной реабилитации инвалидов за счет использования средств и методов адаптивной физической культуры, является коррекция основного дефекта.

Существует большое количество различных авторских методик коррекции с помощью физических упражнений, выполняемых совместно с психорегулирующими тренингами и заданиями, последствий детского церебрального паралича, нарушений зрения, речи, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, травм спинного мозга, соматических и целого ряда других заболеваний.



Следующая, четвертая проблема комплексной реабилитации инвалидов, решение которой может быть осуществлено специалистами по адаптивной физической культуре, представляет собой необходимость осваивать новые двигательные умения и навыки, обусловленные потребностью человека компенсировать дефект, не поддающийся коррекции или восстановлению.

В адаптивной физической культуре разработаны средства и методы освоения двигательных действий, основанные на широком применении вспомогательных устройств и тренажеров, использовании физической помощи и страховки, других методических приемов



Пятая проблема сводится к всестороннему и гармоничному развитию физических качеств и способностей занимающихся, повышению их кондиционных возможностей на основе широкого применения средств и методов адаптивной физической культуры. Сведения об этих средствах и методах, организационных формах, принципах



РАЗВИТИЕ ФИЗИЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ В АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Вся человеческая деятельность, интеллект, труд, чувства, общение, эмоции побуждаются к жизни движениями. Установлено, что потребность в движении сложилась в ходе эволюционного развития человека. Выполняя те или иные двигательные действия, он проявляет в них свои способности, отличающиеся качественным своеобразием. Так, характеризуя отдельные способности человека, говорят, что он сильный, ловкий, выносливый и т.п.



физические способности как совокупность психических, морфологических и физиологических компонентов организма человека, единство которых обеспечивает готовность больного или инвалида к бытовой, производственной, спортивной и другим видам социальной деятельности.

Основой этой готовности авторы считают формирование двигательной функциональной системы, становление и развитие которой протекает в рамках обучения новым двигательным действиям и развития физических качеств - силы, быстроты, выносливости, гибкости, ловкости. Каждому из этих качеств присущи специфическая структура, целевая направленность движений, мышечная координация, режим работы и характер энергообеспечения. В основе их лежит целостная адаптивная реакция, ведущая к психической, морфологической, физиологической перестройке функций организма.



Зависимость развития физических способностей от двигательных режимов.

Эта закономерность выражает зависимость развития физических качеств от фазы восстановления работоспособности, на которую падает повторное выполнение упражнений.

Выделяют три режима:

1-й — каждое последующее упражнение выполняется в фазе недовосстановления работоспособности, такой режим работы и отдыха соответствует развитию выносливости;

2-й — каждое последующее упражнение выполняется в фазе полного восстановления работоспособности, когда функциональные показатели возвращаются к исходному уровню.

Такой режим нагрузки и отдыха характерен для развития координационных способностей, скоростных и силовых качеств;

3-й — каждое последующее упражнение выполняется на фазе сверхвосстановления (повышенной работоспособности). Такой режим способствует развитию скоростных, силовых качеств, специальной выносливости.



Виды специальной выносливости, необходимые в спорте инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата

№ п/п	Виды спорта	Скоростная выносливость	Скоростно-силовая выносливость	Силовая выносливость	Координационная выносливость
1	Армрестлинг			+	
2	Баскетбол в колясках	+	+		+
3	Боулинг			+	+
4	Велосипедный спорт	+	+	+	
5	Волейбол сидя		+	+	+
6	Гандбол	+	+		+
7	Гонки на санях с коньками	+	+	+	
8	Конный спорт	+			+
9	Легкая атлетика: бег	+	+		
	гонки в колясках		+	+	
	слалом в колясках		+	+	+
	метание		+	+	
10	Лыжные гонки	+	+	+	
11	Лыже-сани		+	+	
12	Моно-ски	+			+
13	Настольный теннис	+	+		+
14	Плавание	+	+	+	+
15	Пауэрлифтинг			+	
16	Стрельба из лука			+	+
17	Стрельба пулевая			+	+
18	Спортивное ориентирование	+	+	+	
19	Сит-ски	+			+
20	Спортивные танцы				+
21	Теннис	+	+		+
22	Фехтование	+			+
23	Футбол	+	+		+
24	Хоккей на санях с коньками	+	+	+	+

