

Дніпропетровський державний інститут фізичної культури і спорту

Кафедра теорії і методики фізичного виховання

Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»

Москаленко Н.В., Ковтун А.О., Алфьоров О.А.,
Кравченко О.І., Малойван Я.В.

Загальні основи
адаптивного фізичного виховання
(навчальний посібник)

Дніпропетровськ – 2013

У навчальному посібнику розглянуто питання теорії адаптивного фізичного виховання, основні засади адаптивного фізичного виховання при різних нозологічних формах, а також можливості для занять фізичною культурою і спортом в Україні для людей з інвалідністю. До кожного розділу додано матеріали для самостійної роботи студентів. Навчальний посібник розроблено для студентів старших курсів, а також фахівців, що працюють з особами з обмеженими фізичними і психічними можливостями.

Рецензенти:

Маліков М.В. – доктор біологічних наук, професор, декан факультету фізичного виховання Запорізького національного університету;

Бойко Г.М. – доктор педагогічних наук, доцент, зав. кафедрою фізичної реабілітації та фізичного виховання Полтавського інституту економіки і права ВНЗ МУРЛ "Україна".

Приходько В.В. – доктор педагогічних наук, професор, зав. кафедрою олімпійського та професійного спорту Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту;

Луковська О.Л. – кандидат медичних наук, доцент, зав. кафедрою фізіології та спортивної медицини Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту.

Автори:

Москаленко Н.В. – доктор наук з фізичного виховання і спорту, професор, проректор з наукової діяльності, зав. кафедрою теорії і методики фізичного виховання Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту;

Ковтун А.О. – кандидат біологічних наук, доцент, доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту;

Алфьоров О.А. – доцент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін Дніпропетровської консерваторії ім. М. Глінки, заслужений тренер України, заслужений працівник фізичної культури і спорту, нагороджений орденом «За заслуги» III ступеня і медаллю «За працю і звитягу»;

Кравченко О.І. – доцент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін Дніпропетровської консерваторії ім. М. Глінки, заслужений тренер України, заслужений працівник фізичної культури і спорту;

Малойван Я.В. – доцент кафедри спортивних ігор Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту, заслужений тренер України, заслужений працівник фізичної культури і спорту.

Затверджено на засіданні
Вченої ради ДДІФКіС,
протокол № 4 від 27 листопада 2013 р.

ЗМІСТ

Вступ	5
Розділ 1. Основні положення адаптивного фізичного виховання	6
1.1. Адаптивна фізична культура як наукова та навчальна дисципліна	6
1.2. Етапи розвитку адаптивної фізичної культури	15
1.3. Зміст педагогічного процесу в адаптивному фізичному вихованні	23
1.4. Специфічні особливості діяльності спеціалістів у галузі адаптивної фізичної культури	37
<i>Контрольні питання до розділу 1</i>	<i>45</i>
<i>Завдання для самостійної роботи до розділу 1</i>	<i>45</i>
<i>Література до розділу 1</i>	<i>46</i>
<i>Електронні ресурси до розділу 1</i>	<i>48</i>
Розділ 2. Адаптивне фізичне виховання при різних нозологіях	49
2.1. Адаптивне фізичне виховання при вадах слуху	49
2.2. Адаптивне фізичне виховання при вадах зору	58
2.3. Адаптивне фізичне виховання при розумовій відсталості	65
2.4. Адаптивне фізичне виховання при ураженнях спинного мозку	72
2.5. Адаптивне фізичне виховання при станах після ампутацій ...	76
2.6. Адаптивне фізичне виховання при дитячому церебральному паралічу	79
<i>Контрольні питання до розділу 2</i>	<i>87</i>

<i>Завдання для самостійної роботи до розділу 2</i>	87
<i>Література до розділу 2</i>	87
<i>Електронні ресурси до розділу 2</i>	91
Розділ 3. Структура та функції системи фізичної культури і спорту інвалідів	92
3.1. Історія становлення адаптивної фізичної культури і паралімпійського спорту в Україні	92
3.2. Розвиток адаптивної фізичної культури і спорту на Дніпропетровщині	104
<i>Контрольні питання до розділу 3</i>	115
<i>Завдання для самостійної роботи до розділу 3</i>	115
<i>Література до розділу 3</i>	115
<i>Електронні ресурси до розділу 3</i>	116
Додатки	117
Додаток А. Всесвітня доповідь про інвалідність (09.06.2011)	117
Додаток Б. Основні питання Конвенції про права інвалідів (13.12.2006)	129

ВСТУП



Коралі Северс, 14 років, Об'єднане королівство.

Цей малюнок відображає проблеми мільйонів дітей і дорослих з обмеженими можливостями, які мешкають у різних країнах світу. Багато з них щодня відчувають справжню дискримінацію. Їх можливостей не помічають, їх здібностей недооцінюють. Вони не отримують необхідної освіти і медичного обслуговування, не беруть участі у житті суспільства. Але діти і дорослі, які є інвалідами, мають такі ж права, як і всі інші люди.

Сьогодні у світовому співтоваристві велику увагу приділяють адаптивній фізичній культурі, яка вивчає аспекти фізичної культури людей, що мають стійкі порушення функцій організму.

Адаптивна фізична культура є новою інтегративною галуззю освіти, науки і культури. Перспективи її вивчення обумовлені незадовільним станом здоров'я населення і зростанням інвалідності.

Аналіз науково-методичної літератури дозволяє узагальнити і сформулювати базові поняття цієї навчальної дисципліни: сутність, мету, завдання, предмет, види, функції та принципи адаптивної фізичної культури.

При вивченні дисциплін «Адаптивна фізична культура» та «Адаптивне фізичне виховання» майбутні спеціалісти у галузі фізичної культури і спорту знайомляться з основними засадами, термінами, сучасними технологіями та передовою практикою організації фізкультурно-спортивної діяльності інвалідів, у них формуються знання, уміння, навички, готовність і бажання працювати з цією особливою категорією населення.

Підготовка спеціалістів, які мають знання у галузі адаптивної фізичної культури, дозволить піднести на новий якісний рівень усю систему комплексної реабілітації інвалідів.

РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

1.1. АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК НАУКОВА ТА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА

Основні поняття адаптивної фізичної культури. Однією з найсерйозніших проблем сучасного світу є інвалідність. Жодна людина не застрахована від цієї біди. Збільшення інвалідності населення пов'язано з ускладненням процесів виробництва, техногенними катастрофами, збільшенням транспортних потоків, розширенням військових конфліктів, погіршенням екологічного стану та іншими причинами. Раніше цю проблему приховували, статистика зменшувала чисельність інвалідів. Тільки у 80-ті роки Організацією Об'єднаних Націй було визнано, що кожен десятий житель планети – інвалід. Це 10% населення Землі, велетенське людське горе.

9 червня 2011 р. у Нью-Йорку Всесвітня організація охорони здоров'я і Світовий банк оприлюднили нові глобальні оцінки, згідно з якими понад мільярд людей (а це приблизно 15% населення світу) мають ту чи іншу форму інвалідності. Нові дані наукових досліджень свідчать про те, що майже п'ята частина загальної кількості інвалідів у світі, тобто від 110 до 190 мільйонів осіб, зазнають значних труднощів. У доповіді відзначено, що лише у небагатьох країнах є потрібні механізми для задоволення потреб інвалідів, натомість є чимало бар'єрів і перешкод, які охоплюють стигматизацію та дискримінацію, відсутність необхідних служб у галузі охорони здоров'я і реабілітації, а також недоступність транспорту, будівель, інформаційних і комунікаційних технологій. Внаслідок цього для інвалідів характерні більш низькі показники здоров'я, досягнень у галузі освіти та участі в економічному розвитку і більш високі показники зубожіння, ніж для людей без інвалідності. ВООЗ та Світовий банк наполегливо рекомендували урядам активізувати зусилля із забезпечення доступу до основних служб і здійснювати інвестиції у спеціальні програми, які дозволять використовувати величезний потенціал інвалідів.

Як зазначають Дж. Віннік та ін., в економічно розвинених країнах вважають, що інвестиції в інфраструктуру, адаптовану для повноцінного життя інвалідів, виправдані. Зменшуються витрати на лікування інвалідів, скорочується чисельність людей, які їх доглядають, ефективно використовується потенціал інвалідів, збільшується їх життєвий рівень, зменшується соціальна напруга, створюється сприятлива морально-психологічна атмосфера у суспільстві.

Останніми роками в Україні цьому процесу приділяється все більше уваги. Не лишилася осторонь і галузь фізичної культури: у ній з'явився новий розділ – адаптивна фізична культура, що охоплює знання з фізичної культури, медицини, корекційної педагогіки та відомості медико-біологічних

і соціально-психологічних навчальних та наукових дисциплін (Чудна Р.В., 2003, Адирхаєв С., 2006, Ковтун А.О., 2010 та ін.).

Визнання інвалідів рівноправними членами суспільства та зобов'язань держави у створенні особливих умов для їх виховання і розвитку – основа для формування правових відносин у процесі занять адаптивною фізичною культурою (АФК).

Як зазначають фахівці С.П. Євсєєв, Р.В. Шапкова та ін., об'єктом пізнання і перетворення в адаптивній фізичній культурі є не здорові, а хворі люди та інваліди. Це потребує пристосування, або адаптації до цієї незвичайної категорії людей. Звідси пояснюється назва дисципліни – «адаптивна фізична культура».

Визначимо ключові поняття в адаптивній фізичній культурі:

Інвалід (за визначенням у чинному вітчизняному законодавстві) – людина, яка має порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до обмеження життєдіяльності та викликає необхідність її (людини) соціального захисту.

Інвалід (за Конвенцією про права інвалідів) – особа зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різноманітними перепонами можуть заважати її повній та ефективній участі в житті нарівні з іншими.

Адаптація – пристосування організму або окремих його систем до навколишніх умов.

Адаптивна фізична культура – це вид фізичної культури людини з відхиленнями у стані здоров'я (інваліда) та суспільства. Це діяльність і її результати у створенні готовності людини до життя; оптимізації її стану і розвитку.

Реабілітація – комплекс медичних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення (компенсацію) порушених функцій організму, а також соціальних функцій і працездатності хворих та інвалідів.

Абілітація – комплекс заходів, спрямованих на адаптацію до дефекту, наявного з народження, на зміцнення здоров'я, розвиток здібностей інваліда з метою його соціальної інтеграції.

Соціальна інтеграція – це двосторонній процес взаємного зближення соціальних суб'єктів: інвалідів, які прагнуть бути членами суспільства, та людей, які мають створити сприятливі для цього умови.

Педагогічна інтеграція – навчання дітей і дорослих з різними дефектами в установах загальної системи освіти.

АФК займаються люди з такими **нозологічними формами**: порушення слуху, порушення зору, порушення інтелекту, порушення опорно-рухового апарату (ураження спинного мозку, ампутації, дитячі церебральні паралічі) тощо.

На думку С.П. Євсєєва, Т.П. Бегідової, Л.А. Карасаєва та ін., адаптивна фізична культура – найважливіший компонент системи реабілітації інвалідів та осіб з відхиленнями у стані здоров'я. Будь-яка набута інвалідність

породжує проблему адаптації до іншого життя, проблему засвоєння нових знань, умінь і навичок руху, розвитку й удосконалення спеціальних фізичних і психічних якостей і здібностей, а це неможливо без засобів і методів адаптивної фізичної культури. Величезна роль АФК полягає у вирішенні завдань соціалізації інвалідів. Для багатьох інвалідів АФК – єдиний спосіб мати нових друзів та отримати можливість спілкування.

Мета адаптивної фізичної культури – максимально можливий розвиток життєздатності людини, яка має відхилення у стані здоров'я.

Під *життєздатністю* (Шапкова Л.В., 2003, Євсєєв С.П., 2005 та ін.) маємо на увазі усі рівні буття людини: від мінімального забезпечення вітальних процесів до найвищих проявів потенціалу людини (встановлення рекордів у тілесному і духовному розвитку). Втрата інвалідом життєздатності означає його смерть, а поки що людина, навіть за допомогою медичної апаратури, реалізує вітальні процеси, вона має якийсь (хоч і мінімальний) відсоток життєздатності. Життєздатність дозволяє будь-якій людині (здоровій, хворій, інваліду) різною мірою реалізовувати власні біологічні та соціальні функції.

Досить згадати Тамерлана, Франкліна Рузвельта, Олексія Маресьєва, Валентина Дикюля, Святослава Федорова, щоб переконатись у тому, що інвалідність не може зупинити людей вольових і цілеспрямованих. Початком цього шляху повинна стати АФК.

В узагальненому вигляді *завдання адаптивної фізичної культури* можна поділити на дві групи (Шапкова Л.В., 2003, Євсєєв С.П., 2005, Бегідова Т.П., 2007 та ін.):

Перша група – завдання корекційні, компенсаторні та профілактичні. Вони обумовлені особливостями людей зі стійкими порушеннями функцій організму.

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

Усі названі завдання вирішуються комплексно: корекційна робота за основним дефектом; розвиток компенсаторних функцій при неможливості корекції; навчання знань, умінь та навичок (освітні завдання); виховання якостей особистості (виховні завдання); розвиток фізичних якостей і т.п. (оздоровчо-розвивальні та профілактичні завдання).

Предметом професійної діяльності в АФК є цілеспрямоване вирішення названих завдань у роботі з особами, які мають відхилення у стані здоров'я.

Оскільки головна мета АФК – адаптація інваліда до оточуючих його умов (фізичних та соціальних), то в АФК визначають загальні та специфічні завдання (Чудна Р.В., 2000, Шапкова Л.В., 2003).

До *загальних завдань* АФК належать:

- ✓ мобілізація духовних сил, формування усвідомленого ставлення до реальності і своїх можливостей, розвиток вольових якостей, самореалізація;
- ✓ оптимізація функціонального стану організму;
- ✓ профілактика захворювань, ускладнень, дистрофічних процесів;

- ✓ створення позитивних компенсацій, а також ліквідація патологічних компенсацій;
- ✓ формування життєво необхідних знань, умінь і навичок у збереженні і підтримці організму в активному функціональному стані.

Специфічні завдання залежать від нозологічної форми та обумовлених нею функціональних та рухових порушень. У більшості випадків вони пов'язані з проблемою взаємодії людини з навколишнім середовищем: сприймання простору, цілеспрямоване пересування, маніпулятивна діяльність з предметами і т.д.

Одне з основних завдань адаптивної фізичної культури – виховання здібності за допомогою рухів вийти з будь-якого положення, тобто здібності впоратися з будь-яким руховим завданням.

Найперше питання у навчанні рухових дій – це питання мотивації. Інтереси, можливо навіть невідповідні руховим можливостям людини на певний момент, повинні стати головним двигуном у процесі АФК.

Як зазначає С.П. Євсєєв, для побудови педагогічного процесу необхідно знати стан здоров'я, фізичні, психічні, особистісні особливості людей цієї категорії, тобто **характеристику об'єкта педагогічних впливів**.

Люди цієї категорії надзвичайно різні: за нозологічною формою, за віком, за тяжкістю і структурою дефекту, за часом його виникнення і характером перебігу захворювання, за медичним прогнозом, наявністю супутніх захворювань, за соціальним статусом та іншими ознаками.

Патологія, яка призвела людину до інвалідності, супроводжується малорухомістю та гіподинамією з негативними наслідками: порушенням соціальних зв'язків, втратою економічної і побутової незалежності. Усе це викликає стійкий емоційний стрес.

Інвалідність, набута **у зрілому віці**, супроводжується комплексами психічної неповноцінності, характеризується тривогою, втратою впевненості в собі, пасивністю чи навпаки егоцентризмом, агресивністю, антисоціальними настроями (Євсєєв С.П., 2005, Логінов С.І., 2007).

Для дітей з відхиленнями у розвитку характерний дефіцит потреб у русі, грі, емоціях, спілкуванні, що ускладнює процес навчання (Іванова І.Б., 2000, Євсєєв С.П., 2005).

Аномальний розвиток дитини супроводжується погіршенням моторних функцій, вторинними порушеннями у руховій та психофізіологічній сферах. Від здорових однолітків за рівнем фізичного розвитку та фізичною підготовленістю такі діти можуть відставати у середньому на 1-3 роки.

До типових рухових розладів дітей, які характерні різною мірою для усіх нозологічних груп, належать:

- знижена рухова активність, обумовлена тяжкістю первинного дефекту та його негативними наслідками;
- порушення фізичного розвитку;
- знижений рівень усіх життєво необхідних фізичних здібностей;

- порушення локомоторної діяльності – ходьби, бігу, лазіння, повзання, стрибків, метання, вправ з предметами, тобто рухів, що становлять основу життєдіяльності дитини.

Види адаптивної фізичної культури. Орієнтуючись на потреби осіб з відхиленнями у стані здоров'я та інвалідів, було визначено види адаптивної фізичної культури (Шапкова Л.В., 2003, Євсєєв С.П., 2005, Бегідова Т.П., 2007).

Адаптивне фізичне виховання (освіта) – вид адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби людини зі стійкими відхиленнями у стані здоров'я у її підготовці до життя, у побутовій та трудовій діяльності, у формуванні позитивного ставлення до адаптивної фізичної культури.

У процесі занять адаптивним фізичним вихованням у людей з обмеженими фізичними можливостями формується комплекс спеціальних знань, рухових умінь і навичок; розвиваються фізичні та психічні якості; збільшуються функціональні можливості організму; розвиваються наявні тілесно-рухові характеристики (Чудна Р.В., 2000, Євсєєв С.П., 2005).

Основна мета адаптивного фізичного виховання полягає у формуванні у людини усвідомленого ставлення до власних сил і впевненості в них; у готовності до виконання фізичних навантажень та формуванні потреби у систематичних заняттях фізичними вправами (Гаврюшенко Г.В., 2006, Моїсєєва І.В., 2009).

В адаптивному фізичному вихованні, яке необхідно починати з моменту народження дитини або виявлення патології, першорядну увагу приділяють завданням корекції основного дефекту, супутніх захворювань і вторинних відхилень, виробленню компенсаторних механізмів здійснення життєдіяльності і профілактичній роботі. Тут величезного значення набувають також міжпредметні зв'язки: коли здійснюється засвоєння рухових дій і понять, відбувається розумове, моральне, естетичне, трудове виховання. Цей компонент АФК важливий і у випадку набутої патології або інвалідності, коли людині доводиться знову навчатись важливим умінням і навичкам (ходінню на протезах, просторовій орієнтації при втраті зору і т.п.).

Адаптивний спорт – вид адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби особистості інваліда у самоактуалізації, реалізації і зіставлення власних здібностей зі здібностями інших людей; потреби у комунікативній діяльності і соціалізації.

При багатьох захворюваннях адаптивний спорт – єдина можливість задоволення однієї з найголовніших потреб людини – самоактуалізації (самоствердження), адже професійно-трудова, громадсько-політична та інші види діяльності виявляються недоступними. Внаслідок цього мета адаптивного спорту полягає у формуванні спортивної культури інваліда, залученні його до суспільно-історичного досвіду певної сфери, засвоєнні мобілізаційних, технологічних, інтелектуальних цінностей фізичної культури (Бріскін Ю.А., 2003, Карасаєва Л.А., 2007).

Оснoву адаптивнoгo спорту становить змагальна діяльність та цілеспрямована підготовка до неї, досягнення максимальних результатів, удосконалення індивідуальної спортивної техніки завдяки збереженим функціям.

Зміст адаптивнoгo спорту спрямований на формування в інвалідів (особливо талановитої молоді) високої спортивної майстерності і досягнення ними найвищих результатів у змаганнях з людьми, що мають аналогічні проблеми зі здоров'ям.

Адаптивний спорт розвивається у межах таких великих міжнародних рухів, як паралімпійський, спеціальний олімпійський і дефлімпійський.

Адаптивна рухова рекреація – вид адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби людини з відхиленнями у стані здоров'я (включаючи інваліда) у відпочинку, розвагах, цікавому дозвіллі, зміні виду діяльності.

Зміст адаптивної рухової рекреації спрямований на підтримку та відновлення фізичних сил, витрачених інвалідом під час діяльності (праця, навчання, спорт), а також на профілактику стомлення, на розваги, цікаве проведення відпочинку, на оздоровлення із задоволенням (Євсєєв С.П. 2005, Соловйова Н.В., 2007).

Адаптивна фізична реабілітація – вид адаптивної фізичної культури, що задовольняє потреби людини з відхиленнями у стані здоров'я (включаючи інваліда) у лікуванні, відновленні у нього тимчасово втрачених функцій, окрім тих, що стали причиною інвалідності.

Мета адаптивної фізичної реабілітації полягає у формуванні адекватних психічних реакцій інваліда на захворювання, орієнтації на використання природних засобів, що стимулюють відновлення організму якомога швидше; у навчанні умінь використовувати комплекси фізичних вправ, прийомів масажу і самомасажу, процедур загартовування та інших засобів (Євсєєв С.П., 2005, Попов С.Н., 2005).

Креативні (художньо-музичні) тілесно-орієнтовані практики адаптивної фізичної культури – вид адаптивної фізичної культури, який задовольняє потреби людини з відхиленнями у стані здоров'я (включаючи інваліда) у творчому саморозвитку, самовираженні власної сутності за допомогою руху, танцю, музики, образу, інших засобів мистецтва.

Творчий аспект наявний в усіх видах АФК, але тут він є головною метою, сутністю. У креативних практиках єднання духовного та тілесного начал людини є обов'язковим, неодмінним атрибутом діяльності, без якого вона не може існувати. До них належать казкотерапія, ігротерапія, ритмопластика, пластична гімнастика, система психосоматичної регуляції, ментальний тренінг, нейролінгвістичне програмування, лікувальна релаксаційна практика, психотехніка актора, психогімнастика та ін. (Євсєєв С.П., 2005).

Екстремальні види рухової активності – в адаптивній фізичній культурі задовольняють потреби осіб з відхиленнями стану здоров'я у підвищеному напруженні, потреби випробувати себе у незвичайних, екстремальних умовах, небезпечних для здоров'я і навіть для життя.

Метою екстремальних видів рухової активності є долання комплексів неповноцінності; задоволення потреби у стресах; профілактика депресії; створення в інвалідів відчуття повноцінного життя. Екстремальними видами рухової активності можна вважати дельтапланеризм, парашутний та гірськолижний спорт, альпінізм, серфінг, різні види стрибків та пірнання (Євсєєв С.П., 2005).

Названі види АФК, з одного боку, мають самостійний характер, з іншого, – вони тісно взаємопов'язані.

Функції АФК виходять з її сутності, а також відображають її структуру. Єдність структурних елементів – підстава для того, щоб вважати АФК цілісною функціональною системою. Ядром цієї системи є фізична вправа як системоутворюючий фактор. Спираючись на взаємозв'язок структури та функції, кожному структурному елементу АФК притаманна конкретна функція: адаптивному фізичному вихованню – переважно освітня, адаптивній руховій реакції – оздоровчо-підтримувальна, адаптивному спорту – удосконалення, адаптивній фізичній реабілітації – лікувально-відновлювальна, креативним тілесно-орієнтованим практикам – творча, екстремальним видам рухової активності – престижна. При цьому, будучи частиною загальнолюдської культури, АФК виконує, перш за все, культурну функцію, що враховує засвоєння широкого спектру цінностей, пов'язаних із задоволенням різноманітних природних і соціальних потреб, саморозвитку й удосконалення особистості людей з обмеженими можливостями з метою їх інтеграції у суспільство.

Усі функції АФК реалізуються за допомогою діяльності: рух → рухові дії (фізичні вправи) → рухова активність → рухова (фізкультурна) діяльність, в основі якої – рухові здібності людей, отримані ними від природи, але обмежені впливом тієї чи іншої патології. Однак діяльність у сфері АФК настільки різноманітна, що виходить далеко за межі безпосередніх занять фізичними вправами. Тому проблему розробки функцій АФК не можна вважати завершеною.

Принципи адаптивної фізичної культури. Принципи АФК – базові теоретичні засади, які відображають сутність та закономірності навчання, виховання, різнобічного розвитку особистості, ставлення суспільства до цього процесу.

На сучасному етапі існують три види принципів АФК: соціальні, загальні методичні та спеціальні методичні (Чудна Р.В., 2000, Євсєєв С.П., 2005, Бегідова Т.П., 2007, Ковтун А.О., 2012).

До *соціальних принципів* належать принцип гуманістичного спрямування, принцип безперервності фізкультурної освіти, принцип соціалізації, принцип інтеграції, принцип пріоритетної ролі мікросоціуму.

Принцип гуманістичного спрямування. Сучасні тенденції гуманізації фізкультурної освіти передбачають зміну орієнтирів державної політики від підготовки здорового й фізично розвиненого населення на підготовку

особистості. Інтереси розвитку особистості тепер первинні, а суспільства – вторинні: чим більше розвиненою є особистість, тим вище інтелектуальний потенціал суспільства. Гуманістичне ставлення суспільства до особистості інваліда перебуває на перехідній стадії, на етапі пошуку рішень. Це стосується освіти, працевлаштування, соціалізації, створення умов рівної особистості, економічної незалежності.

Принцип безперервності фізкультурної освіти. У структурі АФК безперервна фізкультурна освіта означає збереження потреби у руховій активності протягом життя: у родині, в освітніх закладах, у спортивних секціях, реабілітаційно-оздоровчих центрах, виробничих колективах і т.п., що є запорукою безперервної фізкультурної освіти. Біологічною основою безперервної фізкультурної освіти особистості є механізм адаптації.

Принцип соціалізації. Стосовно осіб з обмеженими можливостями, соціалізація – це процес засвоєння соціально-культурного досвіду, підготовка до самостійного життя у суспільстві, активна участь у корисній діяльності.

Принцип інтеграції. Інтеграцію потрібно починати якомога раніше, бажано у дошкільному віці. Інтегруючим началом в адаптивному спорті є чесна боротьба, прояв фізичних і духовних можливостей, взаєморозуміння і взаємоповаги, що об'єднує спортсменів-інвалідів різних видів спорту, віку з різних міст і країн. В адаптивній рекреації інтеграція здорових та інвалідів полягає у створенні атмосфери неформального спілкування, у спільному переживанні цікавих та емоційних видовищ. В адаптивному фізичному вихованні частіше реалізується інтернальна інтеграція всередині однієї нозологічної групи, наприклад на уроці фізичної культури учнів з порушенням зору. Слабозорі діти супроводжують незрячих, допомагають орієнтуватись у просторі, контролювати рухи.

Принцип пріоритетної ролі мікросоціуму. Дефект за своєю сутністю – явище біологічне, але його результат завжди є соціальним, адже він впливає не лише на долю самої людини, а й на долю її близьких. Родина як перша інстанція соціалізації дитини сприяє або чинить перепони її розвитку. Тому таким важливим є середовище, де виховують дитину. Батьки часто недостатньо проінформовані про позитивний вплив АФК на здоров'я дитини, корекцію порушень, отже, необхідною є просвітницька робота серед населення.

До загальних методичних принципів належать: принцип науковості, принцип свідомості та активності, принцип наочності, принцип доступності, принцип систематичності і послідовності, принцип міцності.

Принцип науковості. Передбачає знання проблем, теорії, концепцій, основних законів, стратегічних ідей та тенденцій, методології АФК.

Принцип свідомості та активності. Реалізація цього принципу починається з усвідомлення необхідності використовувати засоби АФК.

Принцип наочності. Передбачає комплексне використання усіх органів чуття при сприйманні фізичних вправ та активізацію функцій збереження у процесі їх виконання. Перш за все він спирається на зорове сприйняття, адже 80 % інформації надходить через зір. Наочність у сліпих та

слабозорих забезпечується за допомогою тактильного аналізатора. Наочність у глухих та слабочуючих здійснюється за допомогою зорової, тактильно-вібраційної та кінестетичної чутливості. Провідна роль належить мовленнєвій функції, яку доповнюють уточнювальна міміка, жести, тактильне мовлення.

Принцип доступності. Передбачає дотримання міри складності для запобігання фізичних, моральних, емоційних перенавантажень.

Принцип систематичності та послідовності. Спрямований на поступове та систематичне формування мотиваційних переконань необхідності фізичних вправ для здоров'я, упевненості у власних силах, самоствердження. Вимоги систематичності і послідовності зберігаються на кожному занятті, дозволяють контролювати педагогічний процес і керувати ним. Це означає вчасний початок та тривалість вивчення рухових дій, забезпечення прийнятності, координаційної складності і спрямованості навантаження, його величини та динаміки з урахуванням індивідуальних можливостей людей, що займаються фізичною культурою.

Принцип міцності. Означає надійне засвоєння знань, закріплення рухових умінь і збереження набутого рухового досвіду на довгі роки.

До спеціальних методичних принципів належать: принцип діагностування, принцип диференціації та індивідуалізації, принцип корекційно-розвивального спрямування, принцип компенсаторного спрямування.

Принцип діагностування. Для будь-якого виду АФК означає врахування основного дефекту, часу ураження, медичного прогнозу, показань і протипоказань до занять фізичними вправами, а також врахування супутніх захворювань та вторинних відхилень.

Принцип диференціації та індивідуалізації. Диференційований та індивідуальний підхід означає врахування особливостей, притаманних людині. Особливості стосуються віку, статі, статури, рухового досвіду, властивостей характеру, темпераменту, вольових якостей, стану збережених функцій – рухових, сенсорних, психічних, інтелектуальних.

Принцип корекційно-розвивального спрямування педагогічного процесу, висунутий Л.С. Виготським у 30-ті роки минулого століття, і сьогодні є провідним у спеціальній педагогіці. Сутність принципу полягає в тому, що педагогічні впливи мають бути спрямовані не лише на подолання, послаблення фізичних та психічних недоліків людей аномального розвитку, але й на удосконалення їх пізнавальної діяльності, психічних процесів, фізичних здібностей та моральних якостей. Корекційно-розвивальний напрям АФК має широкий діапазон вирішення педагогічних завдань: 1) корекція основних рухів (ходьба, біг та ін.); 2) корекція та розвиток координаційних здібностей; 3) корекція і розвиток фізичної підготовленості; 4) корекція та профілактика соматичних порушень; 5) корекція, профілактика і розвиток психічних та сенсорно-рецептивних здібностей; 6) розвиток пізнавальної діяльності; 7) формування особистості дитини.

Принцип компенсаторного спрямування педагогічних впливів полягає у компенсації нерозвинених, порушених або втрачених функцій шляхом перебудови або використання функцій збереження та формування обхідних способів за допомогою спеціально дібраних фізичних вправ. Наприклад, при порушенні зору компенсація формується під впливом відчуттів збереження: слухових, шкіри, м'язово-суглобових, нюхових, вібраційних, температурних, – які інформують людину про навколишній простір, що дозволяє вирішувати їй складні рухові завдання.

Таким чином, процес адаптивного фізичного виховання, спрямований на всебічний розвиток особистості, повинен спиратися на принципи, викладені вище.

1.2. ЕТАПИ РОЗВИТКУ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Історія адаптивної фізичної культури. Результати дослідження науковців С.П. Євсєєва (2005), Р.В. Чудної (2000) та ін. свідчать, що проблема ставлення суспільства до людей зі стійкими порушеннями здоров'я проходить через усю історію людства і свідчить про жорстоке знищення тих, хто тривало хворіє, або, у кращому разі, про безжалісну байдужість до них. Навмисне відсторонення від людей з фізичними дефектами має як психологічні, так і соціальні коріння. Це і свідомий страх перед хворобою, каліцтвом і смертю, і проблеми життєзабезпечення людей з особливими потребами, які вимагають більших зусиль і ресурсів, і т.п. Принципові зміни у суспільному ставленні до людей з обмеженими фізичними можливостями приходять з християнством, із закликом Ісуса Христа про милосердя і любов до ближнього. Але тільки в епоху Відродження намітилося подолання ізоляції аномальних людей від соціуму та зміна ставлення до них. Одна з перших наукових робіт, присвячених вихованню інвалідів, – книга видатного вченого епохи Відродження Дж. Кардано «Paralipomena».

За дослідженнями Р.В. Чудної (2000), на території України в давнину людей з фізичними дефектами опікували центри духовного життя того часу – монастирі. У процесі розвитку суспільства з'являються притулки для знедолених людей. З XIV ст. у притулках і церквах вводять сумісне виховання здорових і аномальних дітей. У середині XVIII ст. у виховних закладах було виділено спеціальні групи для аномальних дітей. На початку XIX ст. виникають перші спеціалізовані установи для глухонімих і сліпих дітей, а трохи пізніше і для дітей з розумовою відсталістю. У дореволюційній Росії, до складу якої входила Україна, на власні пожертвування існувала зовсім невелика кількість навчальних закладів на зразок притулку, які охоплювали не більше 5-6% дітей-інвалідів, що потребували допомоги. Перша світова війна, багаточисельні жертви змінили ставлення світової спільноти до проблем інвалідності. Зростання суспільної свідомості зумовило появу громадського руху на захист рівних прав людей незалежно від їхніх фізичних можливостей. Сьогодні в усьому світі спостерігається великий

прогрес у сфері соціальної і фізичної реабілітації інвалідів, у розробці педагогічно-реабілітаційних методів.

В Україні кардинальні зміни в реабілітаційній роботі з інвалідами відбулися у післяреволюційний період. Законодавство 1918 р. визначило статус інвалідів у суспільстві, заснувало виховно-корекційні установи для аномальних дітей 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 корекційної педагогіки у 20-30-і роки ХХ ст. були залучені кращі вчені того часу: В.Бехтерев, Л.Виготський, В.М'ясищев, Г.Россолімо, Ф.Рау, В.Кащенко, М.Лаговської, М.Грабов. У 1929 р. у Радянському Союзі було організовано перший науковий центр з розробки проблем освіти, виховання і професійної підготовки аномальних дітей – Експериментально-дефектологічний інститут.

Одним з найбільш відомих методів корекційної педагогіки став метод, розроблений на початку ХХ ст. педагогом М. Монтесорі. Заснований на сенсуалістичних принципах, він переслідує мету розумового розвитку дитини цілеспрямованим збагаченням її сенсорного досвіду. Завдяки цьому методу діти із затримкою психомоторного розвитку, особливо при педагогічній занедбаності, за рік-другий наздоганяють і навіть випереджають у розумовому розвитку своїх здорових однолітків. Педагогіка Монтесорі стала популярною як у роботі з аномальними, так і зі здоровими дітьми. Нині 80% голландських загальноосвітніх шкіл працюють за цим методом.

О. Декролі розвинув метод Монтесорі і розробив трьохетапну систему корекційного виховання, у якій на першому етапі відбувається виховання сприйняття і здібності до спостереження, на другому – здібності утворювати асоціації (мислення), на третьому – забезпечення реалізації особистості.

На початку 30-х років ХХ ст. Л. Виготський висунув ідею активно-діяльнісного випереджаючого навчання. Ідеї Л. Виготського було розроблено та обґрунтовано в межах теорії діяльності А. Леонтьєвим, П. Гальпериним та ін. Реалізуючи ці ідеї, Л. Занков у 50-60-х роках ХХ ст. розробив систему інтенсивного всебічного розвитку для початкової школи.

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

У роки Другої світової війни в Англії почав розвиватися спорт на візках, який за півтора десятиліття переріс у всесвітній спортивний рух під назвою Паралімпійські ігри.

У 1968 р. у США дістав поширення рух, який мав на меті інтегрувати розумово відсталих людей до суспільства засобами фізичної культури і спорту, – Спеціальна Олімпіада. Наприкінці ХХ ст. Спеціальна Олімпіада залучила більше 1млн. учасників з 150 країн.

Характерно, що починалися усі спортивно-громадські явища, які змінили життя мільйонів людей-інвалідів, їхніх близьких і життя світової спільноти в цілому, завжди з ентузіазму окремих особистостей. Так, організатором Олімпійських ігор для глухих став Е. Рубенс-Алкейс, Паралімпійських ігор – Л. Гуттман, Спеціальної Олімпіади – Ю. Кеннеді-Швайвер – сестра президента США Дж. Кеннеді.

Сьогодні міжнародний фізкультурний рух людей з обмеженими фізичними можливостями успішно розвивається завдяки активній роботі багаточисельних громадських організацій, таких як: Міжнародна організація глухих, Міжнародна асоціація спорту і відпочинку осіб з наслідками дитячого церебрального паралічу, Міжнародна асоціація спорту сліпих, Міжнародна організація спорту осіб з вадами розумового розвитку, Міжнародна федерація Сток-Мандевільських ігор, Міжнародна спортивна організація інвалідів, Міжнародна федерація спорту на візках. У кінці ХХ ст. з метою розвитку нових видів спорту для залучення ще більшої кількості людей з фізичними вадами було створено Міжнародну організацію рекреаційного спорту, розвитку і стимуляції інвалідів.

На початку III тисячоліття адаптивне фізичне виховання стало вже самостійним напрямком фізичного спортивного руху і сьогодні представлено багатьма організаціями.

Характеристика сучасного адаптивного фізичного виховання в Україні. Чудна Р.В., Круцевич Т.Ю. (2008) вказують, що сучасне адаптивне фізичне виховання в Україні має правове забезпечення і входить до державної системи реабілітації інвалідів. Державна політика України стосовно людей з фізичними обмеженнями базується на принципах гуманності, заборони дискримінації, державних гарантій реалізації їхніх прав (у тому числі на пільги); створення необхідних умов для активної життєдіяльності (враховуючи особливі потреби, доступність до об'єктів соціальної інфраструктури); адресності реабілітаційних заходів; обов'язковості для державних структур фінансування заходів, спрямованих на забезпечення соціального захисту і реабілітації недієздатних громадян. Права інвалідів визначено Законом України «Про основи соціального захисту інвалідів».

Державна система реабілітації базується на таких, закладених у вітчизняному законодавстві, принципах, як державний характер, єдність, загальнодоступність, обов'язковість. Сучасна реабілітаційна педагогіка розглядається як особистісно орієнтоване навчання, спрямоване на допомогу дитині у визначенні індивідуальної траєкторії розвитку і самореалізації в різних сферах творчої й соціально-адаптивної діяльності з урахуванням психофізичних особливостей, стану фізичного, психічного і морального здоров'я. Українська система реабілітації інвалідів, до якої включено і фізичне виховання, представлена 10-ма типами навчальних закладів, основну частину яких складають інтернати, що знаходяться на повному державному

забезпеченні. Установи диференціюються за віковим і нозологічним принципами.

За віковим принципом система корекційної педагогіки поділяється на IV етапи:

- дошкільні установи: ясла, дитячі садки, спеціальні групи при масових дитячих садках, дошкільні відділення при спеціальних школах;
- спеціальні школи для дітей з різними нозологіями;
- установи спеціальної середньої і професійної освіти;
- заклади середньої і вищої спеціальної освіти.

Наказом МОН України №852 від 15.09.2008 затверджено положення, за яким функціонують такі основні види *спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів)*:

1) для глухих дітей (I ступінь – підготовчий клас, 1-4 класи, II ступінь – 5-10 класи, III ступінь – 11-13 класи);

2) для дітей зі зниженим слухом (I ступінь – підготовчий клас, 1-4 класи, II ступінь – 5-10 класи, III ступінь – 11-13 класи);

3) для сліпих дітей (I ступінь – підготовчий клас, 1-4 класи, II ступінь – 5-10 класи, III ступінь – 11-13 класи);

4) для дітей зі зниженим зором (I ступінь – підготовчий клас, 1-4 класи, II ступінь – 5-10 класи, III ступінь – 11-13 класи);

5) для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (I ступінь – підготовчий клас, 1-4 класи, II ступінь – 5-10 класи, III ступінь – 11-13 класи);

6) для дітей з тяжкими порушеннями мовлення (I ступінь – підготовчий клас, 1-4 класи, II ступінь – 5-10 класи);

7) для дітей із затримкою психічного розвитку (I ступінь – підготовчий клас, 1-4 класи, II ступінь – 5-9 класи);

8) для розумово відсталих дітей (I ступінь – підготовчий клас, 1-4 класи, II ступінь – 5-9(10) класи).

Направлення дітей до спеціальної школи (школи-інтернату) відповідного виду здійснюється за висновком відповідних психолого-медико-педагогічних консультацій згідно з медичними показаннями і протипоказаннями.

Навчально-виховний процес учнів у спеціальній школі (школі-інтернаті) здійснюється з урахуванням особливостей психічного та фізичного розвитку за змістом, формами і методами їх навчання, відповідного режиму дня, що забезпечує системність навчально-виховної, корекційно-розвивальної, лікувально-профілактичної роботи, реабілітаційних заходів.

Навчально-виховний процес у спеціальній школі (школі-інтернаті) має корекційну спрямованість. Завдяки індивідуальному та диференційованому підходу створюються передумови для подолання порушень психофізичного розвитку, засвоєння учнями програмного матеріалу, розвитку їх здібностей, професійно-трудової підготовки, подальшої соціалізації. Ефективність навчально-виховної, корекційно-розвивальної роботи досягається шляхом забезпечення учнів відповідними засобами навчання та реабілітації, медичними виробами.

Відповідно до Типових навчальних планів у спеціальній школі (школі-інтернаті), залежно від її виду, проводиться корекційно-розвивальна робота з предметно-практичного навчання, лікувальної фізкультури, ритміки, соціально-побутового, просторового орієнтування, розвитку мовлення, слухового, зорового, дотикового сприймання, комунікативної діяльності з метою корекції первинних і вторинних відхилень у розвитку учнів, створення сприятливих умов для здобуття повної загальної середньої освіти, професійно-трудової підготовки подальшої соціалізації учнів.

Лікувально-профілактичні засоби передбачають профілактику соматичних захворювань, підтримку належного рівня психічної активності, працездатності, контроль за фізичним розвитком дітей.

У спеціальній школі (школі-інтернаті) для дітей зі зниженим зором, сліпих особлива увага приділяється визначенню оптимальних можливостей практичного використання зорової функції кожним учнем шляхом дозування зорового та фізичного навантажень, особливостей сприймання наочно-дидактичного матеріалу, комплексу вправ зорової гімнастики.

У спеціальній школі (школі-інтернаті) для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату особливу увагу приділяють медичному контролю за дотриманням рухового та ортопедичного режиму на уроках та в позаурочний час.

У спеціальній школі (школі-інтернаті) для дітей зі зниженим слухом і глухих особлива увага приділяється лікувально-профілактичній і корекційно-розвивальній роботі, спрямованій на максимальне збереження та розвиток залишкового слуху та мовлення дітей, спостереженням за динамікою слухової функції учнів з аудіометричним та аудіологічним обстеженням.

У спеціальній школі (школі-інтернаті) для дітей з тяжкими порушеннями мовлення, з порушеннями психічного розвитку, для розумово відсталих дітей особлива увага приділяється лікувально-профілактичній і корекційно-розвивальній роботі з урахуванням клінічних проявів захворювань та психологічних особливостей учнів, що зумовлюють труднощі в навчанні.

Останніми роками в Україні поширюються тенденції до інклюзивного навчання дітей-інвалідів, яке набуло поширення у високорозвинених країнах Західної Європи та США.

Інклюзія (від англ. inclusion – включення) – процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціумі і насамперед тих, що мають вади фізичного розвитку. Він передбачає розробку і застосування таких конкретних рішень, які зможуть дозволити кожній людині рівноправно брати участь у суспільному житті. Термін «інклюзія» має відмінності від терміну «інтеграція». При інклюзії усі зацікавлені сторони повинні брати активну участь для отримання бажаного результату.

Інклюзія – це процес реального включення дітей з особливостями психофізичного розвитку в активне суспільне життя, що однаково необхідно для всіх членів суспільства. Головний сенс процесу інклюзії можна позначити так: «Усім тут раді!»

За визначенням ЮНЕСКО, інклюзивне навчання – це процес звернення уваги і відповіді на різноманітні потреби учнів через забезпечення їхньої участі в навчанні, культурних заходах і житті громади та зменшення дискримінації в освіті та навчальному процесі. Метою інклюзивного навчання є покращення навчального середовища, у якому вчитель та учні відкриті до різноманіття, де гарантується забезпечення потреб учнів і повага до їх здібностей та можливостей бути успішними.

Інклюзивне навчання – це комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітей з особливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання у загальноосвітніх навчальних закладах на основі застосування особистісно орієнтованих методів навчання, з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей (Концепція розвитку інклюзивної освіти, Наказ МОН України від 01.10.2010 № 912).

Інклюзивне навчання означає, що всі учні можуть навчатися в школах за місцем проживання, у загальноосвітніх класах, у яких за необхідності їм буде надаватися підтримка як у навчальному процесі, так і з перепланування школи, класів, програм і діяльності з тим, щоб усі учні без виключення навчалися і проводили час разом.

Протягом останнього десятиліття вітчизняні науковці, зокрема В. Бондар, А. Колупаєва, Т. Євтухова, В. Ляшенко, І. Іванова, О. Столяренко, А. Шевчук, О. Савченко та інші, присвячують свої праці дослідженням проблеми залучення дітей з особливими потребами до навчання у загальноосвітніх навчальних закладах, їх реабілітації та соціалізації до суспільних норм. Значний вплив на розвиток системи спеціальних навчальних закладів, удосконалення їх структури, розробку методик ранньої діагностики психічного розвитку дітей мали праці психологів Л. Виготського, О. Венгер, О. Запорожця, О. Киричука, Г. Костюка, Б. Корсунської, С. Максименка, Н. Морозової, В. Синьова, П. Таланчука, В. Тарасун, М. Ярмаченка. У них обґрунтовано принципи положення щодо особливостей розвитку психічних процесів у дітей різного віку, ролі корекційного виховання у підготовці до шкільного навчання, механізмів формування їх соціально-комунікативної активності. У своїх дослідженнях науковці вивчали історію становлення і розвитку окремих напрямків спеціальної освіти дітей шкільного віку з різними психофізичними порушеннями. Водночас аналізувалася історія виникнення наукових поглядів на ті чи інші прояви аномального розвитку та засоби їх психолого-педагогічної корекції.

Міжнародні стандарти в галузі прав людини ґрунтуються на ідеї участі кожної особи у суспільному житті на засадах рівності та без дискримінації (ООН, 1993). Поширення в Україні процесу інклюзивного навчання дітей з обмеженими можливостями фізичного та/або психічного здоров'я є не лише відображенням часу, але і являє собою ще один крок до забезпечення повної реалізації прав дітей з особливими потребами на якісну освіту. Інклюзивна практика реалізує доступ до одержання освіти в загальноосвітньому закладі

за місцем проживання та створення необхідних умов для успішного навчання для всіх без виключення дітей, незалежно від їх індивідуальних особливостей, психічних та фізичних можливостей.

Збільшення кількості народження дітей з порушеннями у розвитку не лише проблема українського масштабу, але й глобального простору. Рівень підтримки, гуманізм і терпимість у ставленні до дітей з особливими потребами, можливість надати їм доступну та якісну освіту – це показники ступеня розвитку суспільства, у якому вони живуть. Реалізація прав на освіту дітей з обмеженими можливостями здоров'я розглядається як одне з найважливіших завдань державної політики в галузі корекційної освіти. Отримання такими дітьми якісної загальної та професійної освіти є однією з основних і невід'ємних умов їх успішної соціалізації, забезпечення повноцінної участі в житті суспільства, ефективної самореалізації у різних видах професійної і соціальної діяльності.

В інклюзивних класах діти з особливими потребами включені в освітній процес. Вони осягають основи незалежного життя, засвоюють нові форми поведінки, спілкування, взаємодії, вчаться виявляти активність, ініціативу, свідомо робити вибір, досягати згоди у розв'язанні проблем, приймати самостійні рішення. Інклюзивна освіта передбачає створення освітнього середовища, яке б відповідало потребам і можливостям кожної дитини, незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. Основна ідея інклюзивної освіти – від інтегрування у школі до інтегрування у суспільство. Спільне навчання має не лише гарантувати право дитини з порушеннями психофізичного розвитку не бути ізольованою від інших, а й забезпечити їй можливість відвідувати ту школу, яку б вона відвідувала, коли була б здоровою.

Прихильники спільного навчання відзначають такі позитивні сторони інклюзивних процесів:

- ✓ стимулюючий вплив більш здібних однолітків;
- ✓ можливість у ширшому діапазоні ознайомлюватися з життям;
- ✓ розвиток навичок спілкування та нестандартного мислення (як у дітей з особливостями психофізичного розвитку, так і у їхніх здорових однолітків);
- ✓ можливість виявлення гуманності, співчуття, милосердя, терпимості у реальних життєвих ситуаціях, що є ефективним засобом морального виховання.

Важливою умовою переходу до інклюзивної форми освіти, її успішності є система супроводу і підтримки дітей з особливими потребами, тобто супровід асистента вчителя (тьютора).

Фізкультурно-спортивна реабілітація інвалідів. Закон України «Про фізичну культуру і спорт» безпосередньо стосується питань фізичної культури інвалідів:

Ст. 13. Фізкультурно-оздоровча і спортивна діяльність серед інвалідів.

Заняття фізичною культурою і спортом інвалідів є складовою частиною їхнього дозвілля, фізичної реабілітації та соціально-трудової адаптації.

Організація занять фізичною культурою і спортом у системі безперервної реабілітації інвалідів (включаючи дітей з фізичними і розумовими вадами), підготовка кадрів, методичне забезпечення, медичний контроль здійснюється органами охорони здоров'я, фізичної культури і спорту, освіти, соціального захисту населення та організаціями інвалідів.

Місцеві органи державної виконавчої влади, органи місцевого і регіонального самоврядування, громадські організації фізкультурно-оздоровчого напрямку та організації інвалідів створюють спеціалізовані фізкультурно-оздоровчі установи (клуби і центри), забезпечують їх спеціальним обладнанням, сприяють участі інвалідів у спортивних змаганнях.

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

На фінансування фізкультурно-оздоровчих і спортивних заходів для інвалідів, створення й розширення їхньої спортивної бази виділяються кошти з державного бюджету і бюджетів місцевого самоврядування.

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

Ст.2.1. Держава стимулює розвиток ...паралімпійського руху і спорту вищих досягнень шляхом бюджетного фінансування, зміцнення матеріально-технічної бази, надання пільг на податки і кредитування благодійників та інших суб'єктів фізкультурно-спортивної діяльності, а також морального і матеріального заохочення спортсменів, тренерів і фахівців галузі, котрі забезпечують підготовку та участь спортсменів у змаганнях спорту вищих досягнень.

Керівництво організаційною і методичною роботою сфери оздоровчої фізичної культури і спорту інвалідів в Україні здійснюється системою державних структур, до яких входять: федерації, комітети, комісії, асоціації інвалідів, кафедри профільних вищих навчальних закладів, діагностичні й реабілітаційні центри, корекційні установи, консультаційні пункти, спеціальні школи-інтернати, клуби, секції, збірні команди з видів спорту. Національний комітет спорту інвалідів України включає 4 федерації, створені за нозологічним принципом: Спортивна федерація глухих, Спортивна федерація сліпих, Спортивна федерація інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату, Спортивна федерація інвалідів з порушеннями розумового і фізичного розвитку.

Проблеми фізичної культури і спорту інвалідів України початку ХХІ ст. вирішує організація «Український центр фізичної культури інвалідів «Інваспорт», що систематично проводить фізкультурно-оздоровчу, спортивну, медико-реабілітаційну та навчально-методичну роботу з розвитку інвалідного спорту в Україні. Діяльність Центру регламентується

законодавством України, постановами та рішеннями Кабінету Міністрів і Положенням про Українській центр фізичної культури інвалідів. Усі спортивні заходи Центру і матеріальне забезпечення учасників цих заходів організовуються та проводяться відповідно до встановлених державою вимог і норм. Нині «Центр інвалідного спорту «Інваспорт» являє собою структуру, яка об'єднує 25 обласних відділень, 26 спеціалізованих дитячо-юнацьких спортивних шкіл, 24 спеціалізовані відділення підготовки спортивного резерву, 56 відділень регіональних центрів, міських центрів, 48 фізкультурно-оздоровчих клубів для інвалідів.

1.3. ЗМІСТ ПЕДАГОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ В АДАПТИВНОМУ ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ

Засоби, методи і форми адаптивного фізичного виховання. В адаптивному фізичному вихованні використовують ті ж *засоби*, що й у фізичній культурі і спорті: фізичні вправи, рухливі і спортивні ігри, засоби загартовування, елементи хореографії і т.п. Як вважає Р.В. Чудна (2003), проблемним для викладача адаптивного фізичного виховання є вибір засобів для конкретного заняття, конкретного учня. При виборі засобів слід враховувати завдання навчального процесу, функціональні можливості учня, матеріально-технічне забезпечення, необхідні умови безпеки.

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

Рухливі ігри мають високий оздоровчий і виховний потенціал. Правила рухливих ігор диктують швидкі різноманітні фізичні дії учасників. Ситуація гри постійно змінюється, висуваючи до гравця вимоги до концентрації уваги, правильного її розподілу і переключення, доброї координації рухів. Заняття рухливими іграми надають можливість нормалізувати рухливість нервових процесів, розвивають увагу, пам'ять, ініціативу, вольові якості, сприйняття, просторового і часового орієнтування, зміцнюють серцево-судинну і дихальну системи, активізують обмін речовин, розвивають руховий апарат. Ігри допомагають формувати емоційно-вольову сферу і моральні якості людини. При використанні ігор в оздоровчих цілях необхідно регулювати фізичне навантаження залежно від функціональних можливостей учасників; здійснювати контроль адекватності емоційних переживань; удосконалювати рухові навички і якості учнів. При дозуванні фізичного навантаження на занятті обов'язково треба враховувати рівень загального фізичного навантаження в іграх (малої, середньої та великої рухливості).

Нині в адаптивному спорті популярними є такі спортивні ігри й одноборства:

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

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

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

при розумовій відсталості: бадмінтон, баскетбол, боулінг, волейбол, гандбол, гольф, футбол, софтбол, теніс, хокей на підлозі, бочче, настільний теніс.

Загартування – цілеспрямована дія на організм природними загартувальними засобами з метою підвищення рівня здоров'я шляхом формування механізмів адаптації до несприятливого впливу температури повітря, води, атмосферного тиску, сонячної радіації; виховання морально-вольових якостей: свідомості, відповідальності, стійкості, витривалості.

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

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

Євсєєв С.П. (2007) вказує, що засоби адаптивного фізичного виховання **класифікують за багатьма ознаками.**

1. Класифікація вправ за анатомічною ознакою, де перш за все виділяють вправи для тих чи інших суглобів. До цієї класифікації наближається класифікація вправ на розвиток окремих м'язових груп.

2. Класифікація вправ за інтенсивністю виконаного навантаження. У більшості випадків вони поділяються на вправи максимальної, субмаксимальної, великої, середньої, малої і помірної інтенсивності.

3. Класифікація вправ за переважною дією на різні системи і функції організму.

4. Класифікація вправ за нозологічним принципом або лікувальним ефектом. Виділяють вправи для лікування тих чи інших захворювань.

5. Класифікація вправ, які використовуються в основних напрямках адаптивного спорту: паралімпійському, дефлімпійському та спеціальному олімпійському.

6. Класифікація вправ за структурою рухів (циклічні, ациклічні, змішані).

7. Класифікація вправ за переважною дією на розвиток і вдосконалення якостей і здібностей осіб з обмеженими можливостями. За цією ознакою виділяють вправи для розвитку швидкісних, швидкісно-силових, координаційних здібностей, витривалості, гнучкості, сенсорно-перцептивних, інтелектуальних, естетичних, вольових та інших здібностей.

Як зазначає Р.В. Чудна (2000), із загальних **методів** в адаптивному фізичному вихованні використовуються:

- репродуктивний – викладач підводить учня до основного вміння певною послідовністю вправ. Діти аналізують дії, визначають подібності й відмінності. Викладач демонструє учню вид діяльності (наприклад, вправи та ігри) та залучає його до цієї діяльності;

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

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

Одним зі спеціальних методів АФВ є пропедевтика – вивчення уявлень учня, його пам'яті, мислення, мови, моторики; навчання його орієнтації у просторі і типових ситуаціях; корекція серйозних недоліків сприймання; прищеплення навиків дисципліни й підвищення працездатності; формування мотивації до тренувань.

Крім того, у корекційній педагогіці використовуються такі технології: проективно-рефлексивне навчання, розвивальне навчання, колективне творче виховання; реабілітаційні заняття. Велика увага приділяється нестандартним заняттям: інтегрованим, ігровим, змагальним, хореографічним, міжпредметним, бінарним, заняттям з різновіковими групами.

Методи формування дії застосовуються за етапами алгоритму:

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

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

- Повторення: застосовуються дзеркальний, ігровий, змагальний методи.

- Словесне відтворення дії: у парах або малих групах обговорюються проблеми, які виникали при виконанні вправи, що вивчається.

• Індивідуальна самотійна робота учня: доведення дій, що вивчаються, до рухового навику, а також самотійний пошук варіантів виконання цих дій у нових умовах.

Діяльність учнів регулюється системою питань. Правильні питання викладача допомагають учню побачити суть дії, творчо застосовувати його у житті.

Сьогодні виділяють такі **форми** адаптивного фізичного виховання (Чудна Р.В., 2003, Євсєєв С.П., 2009):

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

Ранкова гігієнічна гімнастика – одна з форм фізкультурних занять, яка переслідує мету оптимізувати перехід організму від сну до активної життєдіяльності. Її завдання: поступово активізувати весь організм, подолати інерцію спокою, нормалізувати загальний життєвий тонус. Найбільш доцільним є включення до комплексу ранкової гігієнічної гімнастики таких вправ, як потягування в ліжку; дихальні вправи; вправи для хребта; самомасаж і фізичні вправи в послідовності від центру до периферії; вправи на розтягування у суглобах; циклічні (аеробні) вправи; індивідуальні вправи; заключні вправи, спрямовані на нормалізацію частоти дихання і пульсу. Критерієм ефективності ранкової гігієнічної гімнастики є самопочуття і покращення функціональних проб того, хто займається.

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

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

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

Для створення мотивації на уроці пропонуються завдання на кмітливість; завдання на повторення матеріалу, що був пройдений раніше; завдання для тренування пам'яті і спостережливості; завдання, що розкривають актуальність вивчення запланованого на цей урок матеріалу; обговорюються варіанти виконання домашнього завдання, яке було задано на попередньому уроці; розглядається актуальна проблема, що гостро стоїть перед одним з учнів, і весь колектив шукає способи її вирішення.

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

Підготовча частина уроку містить загальну розминку, її мета – активізувати функціональні системи до виконання фізичної роботи, передбаченої у змісті заняття. Способами стають добре вивчені вправи, що сприяють загальній і місцевій дії. Щодо методичних вказівок, то слід зазначити таке: 1) вправи виконуються у послідовності зверху вниз; 2) спочатку працюють без предметів, потім переходять до предметів; 3) використовують танцювальні та ігрові вправи.

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

Основна частина уроку вирішує основні завдання, триває 2/3 урочного часу, містить підвідні вправи й основні вправи, періоди активного відпочинку між ними. В основній частині уроку фізіологічна послідовність вправ така: складно-координаційні; швидко-силові; силові; вправи на витривалість.

Заключна частина переслідує мету – відновити сили організму після фізичних навантажень основної частини заняття. Її тривалість залежить від індивідуальних особливостей організму учня та організації заняття. При кожній нозології має свою специфічну спрямованість.

Фізкультпауза – короткочасна зміна діяльності у вигляді фізичних вправ. Має велике значення при тривалих змушених позах (наприклад, у кріслі-візку, при роботі за комп'ютером або читанні за Брайлем) як профілактика гіподинамії, ускладнень і формування патологічних

компенсацій. Рекомендується проводити фізкультпаузи 5-7 разів на день тривалістю 5-7 хв. кожна. Фізіологічною є така послідовність вправ: дихальні, для хребта, для серцево-судинної системи, елементи самомасажу, гімнастика для очей, вправи з профілактики плоскостопості, індивідуальні.

Динамічна перерва призначена для активного відпочинку у навчальному процесі. Її тривалість визначається навчальним розкладом. Засоби динамічної перерви: дихальні вправи, вправи для хребта, вправи, що розвивають сприйняття, рухливі ігри.

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

Матеріально-технічне забезпечення адаптивного фізичного виховання. Заняття фізичними вправами проводяться у спеціально призначених для цього спортивних приміщеннях відповідних установ, але, слід зауважити, оскільки кінцевою метою адаптивного фізичного виховання є інтеграція інвалідів у суспільство, бажано, якщо є можливість, проводити заняття у громадських спортивних спорудах і на спортивних майданчиках (Чудна Р.В., 2003, Євсєєв С.П., 2005). Головні критерії у виборі спортивної бази:

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

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

В адаптивній фізичній культурі використовують матеріально-технічне забезпечення загального і спеціального призначення (відповідно до нозології).

Загальні вимоги до обладнання:

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

Відомо, що предмет формує поняття, тому практичні дії з предметами мають велике розвивальне значення. У зв'язку з цим рекомендується використовувати спортивний інвентар й обладнання, які здатні привернути увагу, зацікавити, спонукати до дії: яскраві, різноманітних привабливих форм, які асоціюються зі знайомими учням образами, або 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 з розвитку спритності, тактильної чутливості, дрібних рухів кисті).

Для підвищення ефективності занять рекомендується мати дзеркала, гімнастичні (шведські) стінки, лавки, тапчани, поверхні з нахилом, столи для

настільного тенісу, драбинки, слідові доріжки, рельєфні й ребристі пересувні дошки, дошки з нахилом, міні-батуту, гойдалки, каруселі, тренажери, надувні предмети та ін.

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

В адаптивній фізичній культурі ще більше уваги, ніж у фізичному вихованні здорових, повинно приділятися забезпеченню безпеки навчально-виховного процесу. Профілактика травматизму являє собою комплекс організаційно-методичних заходів, спрямованих на вдосконалення фізичного виховання.

За статистикою основні причини травматизму – недостатня професійна підготовка вчителя або тренера і, як наслідок, 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, у тому числі незадовільний стан спортивних споруд, інвентаря, одягу, взуття, захисних пристосувань; причинами можуть бути зовнішні перешкоди, у тому числі погані погодні умови, а також надмірне емоційне збудження учнів або їхня психологічна невідповідність до заняття.

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

Методичні помилки, що призводять до травматизму:

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

У кожному окремому випадку (при дефекті тієї чи іншої сенсорної системи, порушенні тієї або іншої функції) існує специфічний ризик травматизму.

Лікарсько-педагогічний контроль в адаптивному фізичному вихованні. У процесі занять фізичною культурою людей з порушенням здоров'я, лікарсько-педагогічному контролю надається ще більшого значення, ніж у роботі зі здоровими (Чудна Р.В., 2003, Савченко В.Г. зі співав., 2007 та ін.). Лікарсько-педагогічний контроль – це система медичних і педагогічних спостережень, які забезпечують ефективне використання засобів і методів фізичного виховання, підвищення рівня здоров'я й удосконалення фізичного розвитку.

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

Лікарсько-педагогічний контроль вирішує такі загальні завдання:

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

Медичний контроль (Дубровський В.І., 2006) вирішує такі завдання: вибір засобів фізичного виховання і видів спорту з урахуванням індивідуальних порушень, визначення обсягу занять, спеціальних заходів, які необхідно провести по закінченню заняття, класифікація спортсменів і медичний огляд, визначення протипоказань, оцінка ступеня дії процесу фізичного виховання на організм (незначна, помірна, значна, надмірна).

В адаптивній фізичній культурі важливо дотримуватися етапного, поточного й оперативного контролю.

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

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

Завдання поточного контролю – визначення відповідності режиму навантажень фізіологічним можливостям організму через оцінку загальної напруженості функціонального стану організму; оцінка відповідності тренувального ефекту поточних навантажень тим, що планувалися; визначення адаптаційного потенціалу організму на момент дослідження; оцінка резервів, зміни функціональних можливостей.

Критеріями є скарги на зміну самопочуття, показники частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, зміни функціональних проб і результатів лабораторних й інструментальних досліджень. До проявів перевантаження відносять: біль або відчуття дискомфорту в ділянці грудей, живота, шиї, у щелепах або в руках; відчуття нудоти під час або після виконання фізичних вправ; поява незвичної задишки під час виконання фізичних вправ; втрата свідомості під час заняття; порушення ритму серцевої діяльності; високі показники пульсу після навантаження зберігаються більше 5 хв. відпочинку.

Завдання оперативного контролю – оцінка дії кожного заняття на організм; визначення спрямованості й напруженості навантажень; оцінка ступеня досягнень конкретної мети кожного заняття; здійснення оперативної корекції тренувального ефекту окремих вправ і заняття в цілому.

В оперативному контролі визначають:

під час навантажень – температуру тіла, ЧСС і частоту дихання, їхнє співвідношення, легеневу вентиляцію;

після навантажень – характеристики, що відображають стомлення, зміни електрокардіограми, життєвої ємкості легенів, сили дихальних м'язів, параметрів, які характеризують енергозабезпечення навантаження (рівень лактату, кислотно-лужну рівновагу крові), метаболічні показники, що характеризують навантаження (вміст лактату, сечовини, фосфору, креатин фосфату, креатину, вільних жирних кислот, кетонових тіл, глюкози та ін.).

Контроль у навчальному процесі має як функцію зворотного зв'язку, так і впливає на мотивації у навчання: правильно організований, він сприяє її підвищенню, організований неправильно – знижує її (своєчасний контроль сприяє стійкому засвоєнню вміння, несвоєчасний – не дає такого ефекту).

Так, практика свідчить, що постійна перевірка призводить до зниження мотивації у навчанні, а перевірка у випадку сумнівів сприяє підвищенню активності учня. Отже, правильна організація контролю полягає у створенні для учня можливості проконтролювати себе кожного разу, коли у нього виникає в цьому потреба.

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

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

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

Успішність й 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 є достатньо об'єктивними та надають реальне уявлення про стан здоров'я.

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

Медичне діагностування містить:

- вивчення психоемоційної сфери людини з метою створення адекватних умов для найскорішого її виходу з негативного психологічного стану і створення мотивації до активної діяльності, занять фізкультурою і спортом;
- визначення потреб у фізичній і соціальній реабілітації. При цьому враховується характер дефекту й супутніх захворювань, ступінь функціональних порушень, можливості їхньої компенсації, необхідність в оперативному, реконструктивному, консервативному лікуванні, протезуванні, тривалість перебування на інвалідності;
- оцінку ступеня рухових порушень. Визначення ступеня фізичної адаптації. Вивчення компенсації головних рухових функцій (сидіння, стояння, ходьба, маніпуляційна діяльність рук);

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

- виявлення обмежуючих факторів, які перешкоджають або обмежують вибір засобів фізичного виховання і спорту або інтенсивність тренувальних занять. Наприклад, за наявності колоїдних рубців, контрактур, деформацій опорно-рухового апарату або при ушкодженнях шкіри (трофічні виразки, пролежні), порушеннях функцій тазу з'ясовуються функціональні можливості, уточнюються особливості тренувальних занять;

- визначення обсягу й інтенсивності навчального процесу;

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

- встановлення класу спортсмена при заняттях спортом.

Окрім головних завдань, які характеризують ступінь компенсації інваліда, вирішуються допоміжні: оцінка побутової залежності, рівень соціальної адаптації та ін. При виборі методів досліджень функціональних можливостей та оцінці фізичних якостей учня враховують закономірності прояву цих функцій і якостей.

До медичної діагностики входить: з'ясування скарг на стан здоров'я, складання історії хвороби, вимірювання температури тіла, антропометрія, огляд, пальпація (ощупування), перкусія (простукування) й аускультация (прослуховування) з метою обстеження шкіри і слизових оболонок, лімфатичних вузлів, жовчовивідної, сечової, ендокринної й нервової систем, а також визначення рівня статевого розвитку людини. Крім того, вивчають рефлекси, досліджують функції органів чуття й рухові функції, проводять функціональні проби та лабораторні дослідження.

Вивчення й оцінка фізичного розвитку дітей проводиться за загальновизнаною методикою: вимірювання росту, маси тіла, окружності грудної клітки (у деяких випадках окружності голови), для підлітків – ступінь статевого розвитку. Результати обстеження порівнюють з табличними віковими нормами.

Тестування сприймання спрямовано на дослідження функцій пропріоцептивного, вестибулярного, тактильного, зорового, слухового й нюхового аналізаторів. Діагностується сприйняття якості стимулу, його часу, дії і кількості стимулів, які діють; здібність до визначення: положення і напрямку свого тіла у просторі, різних частин власного тіла (однією відносно інших), просторових відношень свого тіла до стимулу, просторово-часових характеристик власних складних рухів.

Мотивація учня з'ясовується на підставі відповідей викладача або тренера на такі запитання:

- До якого виду рухової активності виявляє інтерес або мимоволі звертається дитина?

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

- Які дії здійснює самостійно, без стороннього втручання?

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

Оцінюючи психофізіологічний і фізичний розвиток, виділяють 3 групи на основі сигмальних відхилень від середньої арифметичної величини: середній розвиток від $M - 1\sigma$ до $M + 1\sigma$; вище середнього – більше $M + 1\sigma$; нижче середнього – не менше $- 1\sigma$.

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

- ступінь вертикальності тіла у просторі (чи може піднімати й утримувати голову з положення лежачи на животі і на спині, самотійно сидіти, вставати і стояти з допомогою і без неї);
- стійкість (або здібність до опору руками в положенні лежачи на животі, сидячи, чи може регулювати загальний центр маси тіла в положенні стоячи);
- рівновага (або здібність балансувати, відновлювати рівновагу і т.п.);
- спосіб (і його якісні характеристики) переміщення у просторі (самотійно не пересувається, перевертається із живота на спину, зі спини на живіт, повзає лежачи або по-пластунськи, пересувається за допомогою інвалідного візка, ходить на милицях, спираючись на милиці або одну милицю, ходить самотійно, 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 долоні та пальців рук): асиметричність положення кистей, згинання пальців однієї з рук, їхнє надмірне напруження, зміщення однієї з рук донизу, останнє спостерігається, коли більш сильна рука намагається підтримати річ знизу;

- просять дитину повернути цю ж річ назад («Дай мені м'яч!»). Передачу речі здійснюють кілька разів, щоб прийти до переконання, що попередні спостереження не випадкові. Після чого переходять до більш складних форм предметної взаємодії: кидання м'яча спершу з невеликої, а в подальшому з більшої відстані. Виявлені при виконанні першого тесту тривожні ознаки повинні проявитися тут сильніше. На ураженій руці можуть спостерігатися посмикування, тремтіння, зайві рухи пальців або усієї руки. Кисть і пальці при фізичному навантаженні можуть перейти до більш зігнутого положення. Можуть з'явитися мимоволі зайві рухи;

- продовжують ускладнювати рухові завдання: кидаючи м'яч на підлогу в бік учня, спостерігають, як він його піднімає при кількох спробах (обома руками або кожний раз однією, якщо жаліє уражену), просять учня кинути м'яч знизу, збоку, зверху. Окрім маніпуляційних можливостей руки, звертають увагу на загальний рисунок рухів: ходьбу, нахили, повороти,

утримання рівноваги, координацію рухів. Про рухову патологію свідчать: надмірна повільність або різкість, порушення ритму, зайві рухи, незграбність, хитання, порушення рівноваги і координації;

- використовуючи тест «Руки вгору», у якому досліджуваного просять швидко підняти випрямлені руки вгору. Уражена рука піднімається повільніше здорової і неповністю випрямляється у ліктьовому суглобі;

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

- м'язовий тонус ніг, його симетричність визначають так: поклавши досліджуваного на спину і захопивши його гомілки, імітують поворотно-поступливі рухи ногами, що нагадують педалювання на велосипеді. Вивчають ступінь, характер і різницю м'язового напруження у кожній нозі. У наступному тесті дослідник розводить в боки зігнуті в колінах ноги досліджуваного. При цьому відмічають тугорухливість, надмірне напруження або зростаючий у ході 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 найпростішого і найцікавішого для людей усіх віків тесту – «Гра у футбол»;

- уявлення про м'язовий тонус ніг отримують, пропонуючи учню пострибати почергово на кожній нозі, а потім на обох: як при гіпотонії, так і при спастичності стрибки будуть слабкими, невисокими. При гіпертонусі характерним є розгинальне ставлення ступні на поверхні опори, при зниженому тонусі – розпластаність ступні, відсутність амортизації при приземленні. За допомогою цього ж тесту за характером компенсаторних рухів тулуба і кінцівок визначається і функція рівноваги;

- особливості динамічної рівноваги виявляють за допомогою проби, у якій досліджуваному пропонують пройти нарисованою на підлозі лінією. Його руки при цьому можуть бути на поясі, витягнуті в сторони або вперед, або за головою.

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

- поза Ромберга: стоячи із зімкнутими носками і п'ятками та опущеними руками. При ураженні структур нервової системи, що забезпечують координацію, відмічається похитування тулуба, яке підсилюється при випрямленні рук уперед і заплісцуванні очей, виставлення однієї ноги вперед;

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

- п'ятково-колінна проба: п'яткою однієї ноги проводять сковзання донизу гомілкою від коліна до ступні іншої ноги, а потім вгору до коліна. При патології п'ятка зісковзує з гомілки;

- проба на непопадання: досліджуваний повинен влучити пальцем руки у нерухомий палець дослідника (із зоровим і без зорового контролю у

горизонтальній і вертикальній поверхнях). З боку, де наявний дефект (зліва, справа), відмічається непопадання;

- проба на точність рухів: досліджуваного просять взяти будь-яку річ, а потім покласти її на місце, при цьому відмічають невідповідність рухів меті завдання;

- діадохокінез: витягнутими руками з розставленими пальцями виконують у швидкому темпі протилежні (супінаційні і пронаційні) рухи. При патології порушується симетричність рухів, вони стають незграбними, розгонистими;

- 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 досліджуваного відбувається шляхом визначення обсягу пасивних і довільних рухів, а також таких функцій, як сидіння, стояння, ходьба, захоплювання, утримання й пересування речі рукою. Обстеження виконується у такій послідовності:

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

- дослідження рухової активності в уражених сегментах (табл. 8.4).

М'язова сила досліджується за методикою мануального м'язового тестування (ММТ) методом В.Григоренка і А.Глоби. Мета методики – отримати відомості про силу окремого м'яза або м'язової групи, які обстежуються при їхньому активному скороченні, і про участь м'язів у русі. Оцінка результатів, які отримуються, відображає можливість хворого здійснювати вольове скорочення м'язів, які досліджуються, і виконувати заданий рух.

Окрім рухових функцій при медичному обстеженні з'ясовується функціональний стан органів тазу і шкіряних покривів, які часто ушкоджуються при різних нозологіях. Для адаптивного фізичного виховання 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 здібності, пов'язані з візком (пересування з ліжка на візок, пересування з візка на ліжко, пересування з візка на сидіння, перехід із сидіння на візок, перехід з візка у ванну, перехід з ванни до візка, управління гальмами візка, підйом підставки для сходинок візка, опускання підставки для сходинок візка, пересування візком: уперед, назад, повороти, підйом нахилом, спуск нахилом, зачинення й відчинення дверей, зачинення й відчинення вікна, перехід з візка до автомобіля, перехід з автомобіля у візок; рухові можливості, пов'язані з харчуванням).

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

У США рухові можливості визначаються за допомогою таких тестів (Віннік Дж., 2010):

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

1.4. СПЕЦИФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ СПЕЦІАЛІСТІВ У ГАЛУЗІ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Завдання викладача адаптивного фізичного виховання. Вирішення професійних завдань при роботі спеціаліста з особами, що мають відхилення у стані здоров'я, та інвалідами, вимагає не тільки глибоких знань у сфері адаптивної фізичної культури, але й особливих особистих якостей: доброзичливості, терпіння, співчуття, поваги, емпатії та ін.

До *завдань викладача адаптивного фізичного виховання* входить (Чудна Р.В., 2003, Євсєєв С.П., 2009):

- збирання різноманітної полісенсорної інформації про об'єкт вивчення;
- спрямування уваги учня на характерні ознаки і властивості;
- актуалізація пізнавальної діяльності і накопичених раніше знань;
- забезпечення усвідомлення учнями причин, взаємозв'язків і закономірностей рухів;

- забезпечення доступного алгоритму виконання рухового завдання;
- формування мотивації до вироблення вміння (виконання достатньої кількості повторень);
- закріплення у словесній формі безпосередніх вражень, отриманих учнем під час виконання руху;
- встановлення зв'язку між об'єктом вивчення і навколишнім середовищем.

Алгоритм роботи викладача (тренера):

1. Вивчення діагнозу учня і матеріалів, пов'язаних з певною проблемою.
2. Тестування рухових можливостей.
3. Формування мотивації до занять.
4. Вибір:
 - a) навчальних завдань;
 - b) матеріально-технічного забезпечення;
 - c) помічників;
 - d) засобів контролю.
5. Планування роботи.
6. Безпосередньо навчально-виховна робота.

Найзагальніші і водночас найважливіші вимоги до професійних знань спеціаліста з адаптивної фізичної культури багатьох країн юридично закріплені в різних нормативних документах. Відповідно до них фахівець повинен знати: основні положення Конституції держави; основні положення законодавства про працю й охорону праці; закони і укази Президента, ухвали Уряду з питань адаптивної фізичної культури; охорони здоров'я та освіти інвалідів; теорію і методику адаптивної фізичної культури; основи комплексної (медичної, професійної і соціальної) реабілітації інвалідів; засоби і методи фізичної культури, способи організації занять фізичними вправами при різних порушеннях функцій організму; показання і протипоказання до проведення занять з адаптивної фізичної культури; специфіку розвитку інтересів і потреб людей цієї категорії; правила і норми охорони праці, техніки безпеки, санітарії і протипожежного захисту в процесі занять фізичними вправами. Крім того, викладач з адаптивної фізичної культури повинен знати вікову і спеціальну педагогіку і психологію, фізіологію і гігієну, а також тенденцію можливого розвитку міжособистісних конфліктних ситуацій, показання і протипоказання до проведення фізкультурно-спортивних свят, змагань; принципи систематизації методичних інформаційних матеріалів.

Згідно з посадовими обов'язками викладач проводить групові та індивідуальні заняття з інвалідами й особами, що мають відхилення у стані здоров'я, усіх вікових і нозологічних груп за направленням лікаря або установи – Державної служби медико-соціальної експертизи. Використовує засоби і методи фізичної культури для проведення освітньої, виховної, рекреаційної, оздоровчої роботи, яка спрямована на максимальну корекцію відхилень у розвитку і здоров'ї людини, на усунення або якомога більш повну

компенсацію обмежень життєдіяльності відповідно до індивідуальної програми реабілітації інвалідів.

Педагогічна діяльність спеціаліста з адаптивної фізичної культури з позицій теорії управління. Багатоскладовість педагогічного процесу в галузі адаптивної фізичної культури зумовлює необхідність його систематизації, упорядкування та наукового обґрунтування. Одним з можливих підходів до вирішення цієї проблеми є розгляд педагогічної діяльності спеціаліста з адаптивної фізичної культури з позиції загальної теорії управління. Ідею використовувати такий підхід до аналізу педагогічних явищ у сфері спорту висловлювали багато вчених (Євсєєв С.П., 2005).

Наука про управління, що отримала назву кібернетика, розглядає такий алгоритм управління будь-якими складними динамічними системами, до яких може бути віднесений і педагогічний процес в адаптивній фізичній культурі. Для реалізації управління необхідно знати початковий стан керованої системи, її кінцевий стан (мету управління), засоби і методи впливу на неї, а також реєстрації реакцій системи на засоби і методи корекції управляючих впливів. Інформаційна схема управління процесом педагогічної діяльності в адаптивній фізичній культурі складається з кількох блоків.

Інформація про початковий стан системи (людина з відхиленнями у стані здоров'я) представлена у блоці діагностики. До початку будь-якої діяльності в адаптивній фізичній культурі необхідно якнайретельніше вивчити всі особливості людини, що збирається зайнятися цією діяльністю. Для цього треба ознайомитися з індивідуальною програмою реабілітації інваліда або висновком лікаря. З'ясовується ступінь того або іншого ураження, що є причиною інвалідності або становить основну проблему людини (основний дефект), наявність супутніх захворювань і вторинних відхилень, медичних протипоказань та обмежень рухової активності. Далі за допомогою методів лікарсько-педагогічного тестування визначається стан функцій, які збережені, рівень фізичного розвитку і фізичної підготовленості, особливості основних функціональних систем. Дуже важливим питанням є виявлення характерних особливостей особистості, її загальної спрямованості, властивостей темпераменту та ін.

Наступним кроком процесу управління педагогічною діяльністю повинен бути крок опису кінцевого стану керованої системи. Цей крок відображений блоком мети управління. У загальному вигляді мету управління можна сформулювати як формування цінностей фізичної культури особистості, її розвиток, соціалізацію та інтеграцію у суспільство, тобто залучення до способу життя, який є характерним для сучасних соціально-економічних умов. Визначення мети управління повинно здійснюватися з обов'язковою активною участю самих людей з обмеженими фізичними можливостями і (або) їх батьків, близьких з урахуванням їх уявлень про термінальні (кінцеві) цінності життя, можливостей професійної діяльності, культурного розвитку, сімейно-побутових особливостей та інших

чинників. Управляюча система (педагог) включає три блоки – моделювання, педагогічні завдання та керівні дії.

Блок моделювання передбачає процедури прогнозування і планування динаміки індивідуальних показників, що дозволяють вирішити поставлені цілі управління.

Конкретизація мети управління і планування проводиться у блоці педагогічних завдань, які повинні ставитися педагогом на основі аналізу й урахування поточного стану осіб з відхиленнями у стані здоров'я та інвалідів і даних прогнозу. Педагогічні завдання повинні бути спрямовані на корекцію особистого розвитку всіх осіб незалежно від характеру і ступеня конкретного захворювання; корекцію сенсорних систем; корекцію рухів і вегетативних функцій; розвиток і вдосконалення фізичних якостей і здібностей; корекцію і розвиток координаційних здібностей; профілактику і корекцію супутніх захворювань і вторинного відхилення; освоєння життєво- і професійно-важливих якостей; корекцію фізичного розвитку та ін.

У блоці керівних дій зосереджено засоби, методи, методичні прийоми навчання, розвитку і вдосконалення людини з відхиленнями у стані здоров'я та інвалідів. При реалізації керівних дій спочатку необхідно визначити потреби людей з обмеженими фізичними можливостями, які задовольнятимуться у першу чергу, і, відповідно до цього, вибрати пріоритетний вид адаптивної фізичної культури (адаптивне фізичне виховання, адаптивну рухову рекреацію, адаптивний спорт, фізичну реабілітацію, креативні (художньо-музичні) й екстремальні види рухової активності). Виходячи з вибраних пріоритетів, визначаються засоби, методи, методичні прийоми навчання, розвитку, виховання, корекції, профілактики і т.п.; форми організації занять; величини індивідуальних психофізичних навантажень – спрямованість, тривалість, інтенсивність, інтервали відпочинку і т.п.

У результаті повинна бути складена програма керівних дій на студентів з обмеженими фізичними можливостями, яка й реалізовуватиметься у навчально-тренувальному і виховному процесах.

Технологія дії на об'єкт управління передбачає залучення учнів в активну свідому діяльність із самовдосконалення, при якому вони повинні бути активними співучасниками педагогічного процесу.

Складність об'єкту управління в адаптивній фізичній культурі, який обтяжений різними відхиленнями у стані здоров'я, висуває на одне з центральних місць блок контролю і корекції керівних дій.

Контроль за правильністю виконання рухових дій, що не призводить до помилок; спостереження за зовнішніми ознаками стомлення (колір шкіри, пітливість, частота дихання та ін.) студентів; технічні засоби, що дозволяють отримати об'єктивну інформацію про біомеханічні, фізіологічні та інші характеристики їх діяльності, грають дуже важливу роль у виборі необхідних корекцій і реалізації процесу управління.

Інформація, яка одержується у ході контролю, є основою для внесення корекцій до блоку мети управління і до усіх блоків управляючої системи: блок моделювання, блок педагогічних завдань і блок керівних дій.

У випадку, якщо всі процедури управління процесом педагогічної діяльності в адаптивній фізичній культурі виконано правильно, то як результат управління можна чекати покращення якості життя, поступальний особистий розвиток студентів з обмеженими фізичними можливостями, покращення ставлення до цінностей фізичної культури. При цьому очікується підвищення стану здоров'я, показників функціонального стану, фізичного розвитку і фізичної підготовленості студентів.

Психолого-педагогічні відмінності у діяльності професіонала з фізичної культури й адаптивної фізичної культури. Вимоги до професійної підготовленості й особистості фахівця завжди обумовлені специфікою професійної діяльності (Євсєєв С.П., 2005). Нижче представлено деякі психолого-педагогічні відмінності у діяльності професіонала в області фізичної культури (ФК) та адаптивної фізичної культури (АФК).

1. Об'єктом і суб'єктом педагогічної діяльності, у тому числі і вчителя фізичної культури, і тренера, є людина (А.Н. Леонтьєв, 1975), а предметом діяльності фахівця в області АФК – людина з обмеженими фізичними можливостями.

2. Професійна діяльність у сфері АФК більшою мірою пов'язана з наданням допомоги цій категорії людей у формуванні позитивної самооцінки на основі створення для них ситуації успіху в руховій діяльності.

3. У структурі діяльності педагога АФК особливу роль набуває комунікативний компонент: перевага мовного (вербального) спілкування над невербальним при взаємодії з людьми з порушеннями зору, необхідність володіння мовою жестів при роботі з людьми з порушеннями слуху і т.д., а також компонент гностики (пізнавальний) у зв'язку з обов'язковим контролем змін у стані здоров'я людьми з обмеженими фізичними можливостями.

4. Для діяльності фахівця АФК характерний більш високий ступінь психічної напруженості порівняно з діяльністю професіонала ФК.

5. Підбір і використання педагогом АФК фізичних вправ у процесі навчання техніки рухових дій, прийомів фізичної допомоги і страховки з урахуванням реальних можливостей учасників групи залежно від ступеня вираження дефекту (фізичного, сенсорного, психічного) є складнішим, ніж у ФК, завданням.

6. Професіонал АФК має більше шансів для реалізації індивідуального підходу у зв'язку з, як правило, невеликим кількісним складом групи.

7. Необхідна перевага особистого критерію оцінки («сьогодні краще, ніж учора») над нормативним і порівняльним у діяльності педагога АФК, порівняно з діяльністю педагога ФК.

8. Заохочення зусиль і старань людей з обмеженими фізичними можливостями не меншою, а навіть більшою мірою, ніж їх реальних успіхів, обумовлено тим, що позитивної динаміки протягом тривалого часу може й

не бути.

9. Відносини в системі «педагог-лікар» більш значущі для АФК, при цьому медичні знання є професійно важливими для фахівця у цій галузі.

Загальні й особливі психолого-педагогічні риси діяльності фахівця АФК визначають систему професійно важливих знань та умінь, тобто професійну підготовленість. Перші спроби опису моделі фахівця з АФК було зроблено Т.В. Федоровою (1998), проте на сьогоднішній день ця проблема знаходиться у стадії рішення.

Професійно важливі якості особистості – це специфічні здібності професіонала, стійкі характеристики фахівця, які відповідають його основній діяльності.

Говорячи про особистість педагога, у тому числі й у сфері АФК, необхідно відзначити, що вчитель частіше за все розглядається як проста арифметична сума тих достоїнств, якими йому слід володіти. Є вони у нього на 100% – відмінний педагог, на 75% – хороший, на 50% – посередній, нижче 50% – поганий. Зрозуміло, це не так: кожен педагог – це особистість, яка має певний склад характеру, особливий тип і стиль педагогічної діяльності. Кожен педагог повинен визначити, якою людиною він є, щоб знати і сильні, і слабкі свої сторони, і всі особливості свого педагогічного інструментарію, тобто своєї особистості як вчителя і вихователя.

Загальними професійно важливими якостями особистості (незалежно від специфіки праці) є сумлінність та емоційна стабільність, що забезпечує успішність діяльності за будь-якими критеріями, а також інтегральна якість – психологічна стійкість (hardiness).

Сумлінність як вияв цілеспрямованості, обов'язковості і наполегливості вважається надійною прогностичною ознакою професіоналізму.

Емоційна стабільність як врівноваженість, схильність до спокою, самоконтролю пов'язана з продуктивністю і задоволеністю роботою. Чим вище рівень стабільності, тим краще продуктивність і вище задоволеність. Професіонали з низьким рівнем стабільності (тобто високим рівнем нестабільності або нейротизму), як правило, відчувають значно меншу задоволеність об'ємом роботи, стосунками з колегами і зарплатою, а також переживають набагато сильніший емоційний стрес. Підвищена нестабільність і неоптимальний мотиваційний комплекс педагога взаємозв'язані між собою. Емоційна нестабільність може зумовити зниження задоволеності професією у цілому ряді випадків. І навпаки, чим більше діяльність педагога обумовлена мотивами уникнення, осуду, низькою задоволеністю (невдачі, внутрішньоособистий конфлікт і т.п.), тим вище рівень емоційної нестабільності.

Професійна діяльність, у тому числі і фахівця АФК, пов'язана з професійними стресами. Високий рівень психологічної стійкості визначає інтеграційну особисту якість «харді» (hardiness), тобто сміливий, «міцний горішок», стійкий, що володіє силою протистояння. Ця якість, що включає три компоненти: прийняття на себе безумовних зобов'язань (commitment),

контроль (control) і виклик (challenge), – допомагає людині успішно вирішувати стресові ситуації і зберігати при цьому здоров'я.

Контроль як здатність протистояти невдачам пов'язаний з інтернальним локус-контролем, тобто будь-яка важка ситуація контролювана, а не є ударом долі, отже, її можна в чомусь перетворити на свою користь. Третій компонент – виклик – передбачає ставлення до будь-якої складної і несприятливої події у професійній і життєвій кар'єрі як до стимулу для розвитку власних можливостей, як можливість проявити себе. Незалежно від специфіки педагогічної діяльності (значить, і у сфері АФК) вплив характеру на стан професіонала зростає при збільшенні складності діяльності: а) на початковому етапі уроку (заняття); б) у молодих фахівців порівняно з більш старшими і досвідченими; в) у ситуації конфлікту.

Таким чином, особистість професіонала певним чином впливає на його діяльність. Разом з цим, існує і зворотний вплив. Позитивний вплив діяльності на особистість пов'язують з формуванням індивідуального стилю діяльності, а негативний – з професійною дезадаптацією, а конкретно – з професійною деформацією і розвитком синдрому «психічного вигорання» (burnout).

У роботі з людьми з особливими потребами роль викладача надто велика. Це пов'язано як з обмеженим колом спілкування людини зі стійким дефектом, так і зі значущістю процесів навчання й адаптації у житті інваліда. Уявлення дитини-інваліда великою мірою залежить від особистості викладача: його цінностей, мудрості, чуйності, терпіння, чесності і справедливості, любові до людей і життя; можливості допомогти дитині перемогти трагічну долю, навчити її долати життєві кризи і проблеми; розкрити особистість, реалізувати творчий потенціал. Для цього викладачеві необхідно самому бути неабиякою особистістю, мати достатньо сил, щоб долати життєві проблеми і вести за собою своїх учнів. Викладачеві необхідно багато працювати, перш за все, над собою, своїм характером, своїми фізичними і духовними здібностями, професійними знаннями і загальною культурою.

Готовність до педагогічної діяльності в галузі адаптивної фізичної культури. У педагогіці сукупність професійно-обумовлених вимог до викладача визначається *готовністю до педагогічної діяльності*. Готовність – це цілісне інтегративне утворення особистості, що характеризує її емоційно-когнітивну та вольову вибірково прогнозуючу мобілізаційність у момент її включення у діяльність певної спрямованості. Готовність виникає внаслідок навчання і досвіду людини, який ґрунтується на формуванні позитивного ставлення до діяльності, усвідомлення мотивів і потреб у ній, об'єктивізації її предмета і способів взаємодії з ним. Структуру готовності фахівця з АФК до роботи із особами з обмеженими фізичними можливостями можна розглядати як сукупність ціннісного, мотиваційного, когнітивного й особистісного компонентів, які взаємообумовлені та пов'язані між собою (Смехнов Ю.А., 2007, Ковтун А.О., 2011).

В адаптивній фізичній культурі педагог, що використовує традиційні методи педагогічних впливів без належного урахування всієї життєдіяльності людини, її психологічних особливостей, часто працює не досягаючи бажаного ефекту. При роботі з особами з обмеженими фізичними можливостями педагог повинен добре усвідомлювати, що його професійна діяльність може виявитися неефективною, якщо вона не буде побудована відповідно до особистісно-орієнтованої концепції ціннісного ставлення до осіб зі стійкими відхиленнями у стані здоров'я. Тому у майбутніх фахівців з АФК необхідно формувати ціннісний компонент готовності до реалізації завдань професійної діяльності.

Мотиваційний компонент готовності виражає усвідомлене ставлення викладача кафедри фізичного виховання до роботи з особами з обмеженими фізичними можливостями. Цей компонент є базою, на якій конструюються основні якості педагога як професіонала, оскільки від того, чим мотивує викладач свою готовність до роботи, залежать досягнуті результати у навчанні і вихованні людей з інвалідністю.

Когнітивний компонент готовності педагога до роботи з особами з обмеженими фізичними можливостями об'єднує сукупність знань педагога про суть і специфіку цієї роботи. Цей компонент є результатом пізнавальної діяльності, його характеризують обсяг знань, умінь і навичок викладача.

Як зазначає Р.В. Чудна, великого значення набувають професійно важливі якості особистості фахівця, тобто особистісний компонент готовності до професійної діяльності. Більшість вчених, що працюють над цією проблемою, до таких відносять сумлінність, емоційну стабільність і психологічну стійкість. В адаптивній фізичній культурі педагогу необхідний сильний характер: твердість, витримка, терпіння, вміння задовольнятися невеликими успіхами, стриманість у прояві емоцій, у рухах і поведінці. Велике виховне значення мають зразкова поведінка, справедливе неупереджене ставлення до усіх членів колективу. При цьому абсолютно неприпустимим є висміювання будь-чийх слабкостей та резонерство з боку викладача. Важливо імпонувати учням і керувати ними. Це можливо при живому захопленні своєю працею і вмінні ним ділитися.

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

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

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

Відмінна особливість АФК – максимальне залучення до навчального процесу добровільних помічників та учасників: батьків або родичів учнів,

старших учнів, усіх бажаючих. Таке збільшення тренерської команди одночасно полегшує проведення заняття, робить його цікавішим і водночас підвищує вимоги до викладача як до організатора. У зв'язку з цим викладачеві необхідно вирішувати ряд завдань: вибір волонтера, його інструктування, демонстрація волонтеріві навчального матеріалу, надання йому можливості брати участь у виховному процесі, делегування відповідальності, натхнення волонтера на працю і творчість.

Важливі вимоги при виборі волонтера – доброзичливість, здібність до співпереживання, відчуття відповідальності, наявність часу для участі у заняттях, готовність до роботи, до самонавчання.

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

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

Контрольні питання до розділу 1

1. Дати визначення поняття «адаптивна фізична культура». Яке походження має слово «адаптивна»?
2. Хто є об'єктом педагогічної діяльності в адаптивній фізичній культурі?
3. Назвати види адаптивної фізичної культури та розкрити їх сутність.
4. Назвати принципи адаптивної фізичної культури та розкрити їх сутність.
5. Які засоби і методи використовуються на заняттях адаптивною фізичною культурою?
6. Які вимоги до матеріально-технічного забезпечення адаптивної фізичної культури?
7. Що призводить до травматизму під час занять адаптивною фізичною культурою?
8. Як здійснюється лікарсько-педагогічний контроль у процесі адаптивного фізичного виховання?
9. Як юридично забезпечується процес адаптивного фізичного виховання в Україні?

Завдання для самостійної роботи до розділу 1

1. Скласти схему готовності фахівця до педагогічної діяльності в галузі адаптивної фізичної культури.
2. Виписати, якими професійними знаннями і рисами характеру, повинен володіти спеціаліст у галузі адаптивної фізичної культури.
3. Ознайомитись із Всесвітньою доповіддю про інвалідність (додаток А) та основними питаннями Конвенції про права інвалідів (додаток Б).

Література до розділу 1

1. Адирхаєв С. Актуалізація фізичного виховання та спорту студентської молоді України з особливими потребами / С. Адирхаєв // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2006. – №2. – С. 142-144.
2. Бегидова Т.П. Основы адаптивной физической культуры / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
3. Винник Д. П. Адаптивное физическое воспитание и спорт / Д.П. Винник; под ред. Джозефа П. Винника; [пер. с англ. И. Андреев]. – К.: Олимпийская литература, 2010. – 608 с.
4. Евсеев С.П. Государственный образовательный стандарт третьего поколения по адаптивной физической культуре / С.П. Евсеев, О.Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. – 2009. – №4(40). – С. 11-18.
5. Гаврюшенко Г.В. Сучасний стан організації навчання осіб з обмеженими фізичними можливостями у вітчизняній системі закладів вищої освіти / Г.В. Гаврюшенко // Запорожский медицинский журнал. – 2006. – Т. 2. – №5(38). – С. 162-164.
6. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник для студентов медицинских вузов / В.И. Дубровский. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
7. Иванова И.Б. Социально-психологические проблемы детей-инвалидов / И.Б. Иванова. – К.: Логос, 2000. – 86 с.
8. Карасаева Л.А. Роль физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий в профессиональной реабилитации инвалидов / Л.А. Карасаева // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №1(29). – С. 8-11.
9. Ковтун А. Адаптивна фізична культура як навчальна дисципліна в системі вищої професійної освіти / А. Ковтун // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2010. – №2. – С. 182-185.
10. Ковтун А. Визначення готовності викладача кафедри фізичного виховання до роботи зі студентами з обмеженими фізичними можливостями / А. Ковтун // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2011. – №2. – С. 119-124.
11. Ковтун А.А. Общие основы адаптивной физической культуры : [методические рекомендации] / А.А. Ковтун. – Днепропетровск: Инновация, 2012. – 42 с.
12. Логинов С.И. Коррекция низкой физической активности человека как проблема адаптивной физической культуры / С.И. Логинов // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №1(29). – С. 31-32.
13. Моисеева И.В. Адаптивная физическая культура в системе массового образования / И.В. Моисеева // Адаптивная физическая культура. – 2009. – №4(40). – С. 30-31.
14. Положення про спеціальну загальноосвітню школу (школу-інтернат) для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку від 22.12.2008.

- 15.Смехнов Ю.А. Исследование сформированности профессионально-педагогических умений студентов специальности «Адаптивная физическая культура» в условиях практической подготовки / Ю.А. Смехнов, Н.Л. Листош // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №1(29). – С. 2-3.
- 16.Современные методы исследования функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем в физической культуре и спорте : [учебное пособие] / В.Г. Савченко, Н.В. Москаленко, О.Л. Луковская, А.А. Ковтун. – Днепропетровск: Инновация, 2007. – 89 с.
- 17.Соловьева Н.В. Туризм и рекреация в социально-досуговой деятельности людей с ограниченными возможностями / Н.В. Соловьева // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №1(29). – С. 14-16.
- 18.Теория и организация адаптивной физической культуры: В 2 т. / Под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – Т.1: Введение в специальность. История, организация и общая характеристика адаптивной физической культуры. – 296 с.
- 19.Теорія і методика фізичного виховання. У 2 т. / За ред. Т.Ю. Круцевич. – К.: Олімпійська література, 2008. – Т. 2: Методика фізичного виховання різних груп населення. – 368 с.
- 20.Теория и методика физического воспитания: В 2 т. / Под ред. Т.Ю. Круцевич. – К.: Олимпийская литература, 2003. – Т.2: Методика физического воспитания различных групп населения. – 391 с.
- 21.Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре : [учебное пособие] / Под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2007. – 296 с.
- 22.Физическая реабилитация: [учебник для студентов ВУЗов, обучающихся по стандарту «Адаптивная физическая культура»] / Под общей ред. С.Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.
- 23.Частные методики адаптивной физической культуры: [учебное пособие] / Под ред. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2003. – 464 с.
- 24.Чудна Р.В. Обґрунтування структури та змісту навчальної дисципліни «Адаптивне фізичне виховання» в системі вищої фізкультурної освіти: дис.... канд. наук з фіз.вих. і спорту: 24.00.02 / Рада Валентинівна Чудна – К., 2003. – 195 с.
- 25.Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание / Р. В. Чудная. – К.: Наукова думка, 2000. – 358 с.
- 26.Шапкова Л.В. Средства адаптивной физической культуры : [методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии] / Под ред. С.П. Евсеева / Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

Електронні ресурси до розділу 1

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. – Режим доступу: <http://www.who.int/>
2. Журнал «Адаптивная физическая культура». – Режим доступу: <http://www.afkonline.ru/>
3. Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні. – Режим доступу: <http://www.education-inclusive.com/>
4. Конвенція про права інвалідів. – Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

РОЗДІЛ 2. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ РІЗНИХ НОЗОЛОГІЯХ

2.1. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ВАДАХ СЛУХУ

Загальні відомості про глухоту і приглухуватість. За даними ВООЗ у світі нараховується 360 млн. людей з депривацією слуху, з яких 32 млн. дітей. За даними Міністерства освіти і науки України сьогодні 5,9 тис. школярів страждають порушеннями слуху, з них – 2,9 тис. глухих і 3 тис. слабочуючих. У структурі загальної інвалідності захворювань слуху у дітей переважають хлопчики, які становлять 54-55% (у середньому 55,1%). Питома вага дівчаток трохи коливається – у межах 44,3-45% (у середньому 44,9%) від загального числа. Серед дітей, що проживають у Дніпропетровській області, майже 10% страждають на цю патологію.

Глухота – повна відсутність слуху або такий ступінь його пониження, при якому розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. Більшість глухих має залишки слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Такий стан визначають як слабкий слух, або приглухуватість.

Класифікація втрати слуху за Л.В. Нейманом (1977):

1-й ступінь приглухуватості – втрата слуху не перевищує 50дБ;

2-й ступінь приглухуватості – втрата слуху в діапазоні 50-70 дБ;

3-й ступінь приглухуватості – втрата слуху 70-80 дБ і більше.

Межа між приглухуватістю і глухотою складає зниження слуху на 80-85 дБ.

Розрізняють природжену і набуту глухоту. Причинами природженої патології можуть бути хвороби матері або прийом нею хіміопрепаратів під час вагітності, травми дитини при народженні. Зустрічаються сімейні спадкові форми глухоти. Набута патологія, як правило, є наслідком ускладнень інфекційних хвороб (менінгіт, грип, свинка, кір, скарлатина), хімічних отруєнь (отосклероз, до якого призводять отруєння миш'яком, хінінами, саліциловими препаратами, стрептоміцином, побутовими й іншими отрутами), травм і захворювань нервової системи. Двостороння глухота більш ніж у 90% випадків виникає у дитячому віці.

Розрізняють такі види порушень слуху: сенсоневральні, кондуктивні та змішані.

Сенсоневральні порушення слуху зустрічаються частіше за інших (75-95% всіх випадків порушень слуху). Виникають при ураженнях, дисфункції, порушенні розвитку та інших змінах у внутрішньому вусі й головному мозку. Сенсоневральні порушення слуху можуть виникати у будь-якому віці, але значна їх частина виявляється вже у ранньому дитинстві. Більше половини всіх випадків природженої сенсоневральної глухоти обумовлені спадковими

причинами. Сьогодні практично не існує дієвих способів лікування цього виду порушень слуху.

Кондуктивні порушення слуху пов'язані з ураженням процесу проведення звукових хвиль із зовнішнього середовища до структур вуха, які трансформують ці хвилі в електричні сигнали, тобто вони виникають при ураженнях, дисфункції, порушенні розвитку та інших змінах у зовнішньому та середньому вусі. Проблеми з вище переліченими структурами можуть бути різними. При деяких спадкових синдромах людина може народжуватися з вадами розвитку зовнішнього вуха – відсутністю або недорозвитком вушних раковин, звуженням слухового проходу. Частіше зустрічаються набуті дисфункції: запалення середнього вуха (середні отити), сірні пробки, попадання у зовнішній слуховий прохід чужорідних тіл, травми барабанної перетинки. Існує багато способів медичної допомоги пацієнтам з набутими кондуктивними порушеннями слуху.

Змішані порушення слуху являють собою сукупність сенсоневральних та кондуктивних порушень.

Характеристика дітей з порушенням слуху. Порушення слуху передусім позначається на психіці дитини, своєрідності її спілкування з людьми і навколишнім предметним світом. Відсутність внутрішнього мовлення і словесного опосередкування обмежують обсяг зовнішньої інформації та завжди супроводжуються сповільненістю і зниженням сприймання, мислення, уваги, пам'яті, уяви й усієї пізнавальної діяльності в цілому (Головчиц Л.А., 2001, Боскіс Р.М., 2005).

Багатьма вченими показано відставання у фізичному розвитку глухих і слабочуючих дітей порівняно зі здоровими однолітками, їх соматична ослабленість, недостатня рухова активність (Сермеєв Б.В., 1976, Лебедева Н.Т., 1993, Байкіна Н.Г., 2003 та ін.).

Втрата слуху у дітей супроводжується дисгармонійним фізичним розвитком у 62% випадків, дефектами опорно-рухового апарату (сколіоз, плоскостопість) – у 43,6%, затримкою моторного розвитку – у 80% випадків. У 70-80% слабочуючих дітей є супутні захворювання, у тому числі у половини з них – по 2-3 захворювання (Сермеєв Б.В., 1976, Лебедева Н.Т., 1993).

Реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження глухих і слабочуючих більш виражена, а процес відновлення – повільніший. Порушення механіки дихального акту спостерігається в середньому у 50% слабочуючих: зниження життєвої ємкості легенів і зменшення експерсії грудної клітки, що у цьому випадку взаємопов'язано з відсутністю мовного дихання (Лебедева Н.Т., 1993, Держинська Л.Б., 1997).

При глухоті відзначається велика втомлюваність, менша стійкість уваги, менший обсяг короткострокової пам'яті, важче входження у навчальний процес.

Показники фізичної роботоздатності, за даними степ-тесту PWC150, у всіх вікових групах глухих дітей були достовірно нижче величин вікових

норм здорових однолітків. Слід зазначити, що при проведенні степ-тесту більшість дітей спотикалися, деякі падали. Це підтверджує дані про порушення координації рухів у глухих дітей (Байкіна Н.Г., 2003, Добриніна Л.А., 2002).

За даними електрокардіографії спостерігається деяке підвищення метаболічних процесів у міокарді, незначні ознаки гіпоксії на тлі сповільненої провідності. Ці ознаки не є патологічними, але вони вказують на деяке зниження функціональних резервів серця глухих дітей.

Патологічний процес у слуховому аналізаторі змінює функцію вестибулярного апарату, а вестибулярні порушення у свою чергу впливають на формування рухової сфери. За допомогою спеціальних досліджень виявлено різні прояви вестибулярної дисфункції у 62% випадків у дітей з порушеннями слуху. У більшості робіт відзначається, що глухі не володіють у повному обсязі руховими навичками, а швидкість їх рухів відстає від показників чуючих однолітків (Добриніна Л.А., 2002).

Вивчення вікової диференціації рухового аналізатора показало, що у здорових дітей він досягає максимального розвитку до 13-14 років, а у глухих – на 2-3 роки пізніше. Порушення функцій слухового аналізатора пов'язують зі зменшенням потоку еферентної імпульсації внаслідок дефекту слуху (Байкіна Н.Г., 2003).

Значна роль при цьому також належить руховій пам'яті, яка, за даними Т.В. Розанової, за своїм розвитком є нижчою, ніж у їхніх чуючих однолітків.

Як зазначає Р.Р. Рау (1981), із втратою слуху у глухих значно обмежуються можливості другої сигнальної системи, яка бере безпосередню участь у формуванні всіх видів діяльності.

У своїй роботі І.М. Бабій (2002) розглядав питання корекції рухової сфери глухих підлітків швидко-силовими вправами і встановив відставання у фізичному розвитку за основними антропометричними показниками (довжина і маса тіла, обхват грудної клітки) порівняно з їх чуючими однолітками.

Слух найтісніше пов'язаний з рухом. Н.А. Бернштейн (1966), вказуючи на взаємозв'язок рухового і слухового аналізатора, підкреслював, що рух коректується не тільки зором, але і слухом. Слухові сигнали, як і зорові, беруть участь у регуляції рухів (Ананьєв Б.Г., 1968). Вилучення слуху із системи аналізаторів означає не просто ізольоване «випадання» однієї сенсорної системи, а порушення всього ходу розвитку людей цієї категорії. Між порушенням слуху, мовною функцією і руховою системою існує тісна функціональна взаємозалежність.

У своїх роботах Н.Г. Байкіна та Б.В. Сермеєв (1991) на основі аналізу вітчизняних літературних даних виділяють ряд функціональних порушень при глухоті:

- недостатньо точна координація і невпевненість рухів;
- утруднення у збереженні статичної і динамічної рівноваги;
- низький рівень розвитку просторового орієнтування;
- уповільнення оволодіння руховими навичками;

- подовження часу рухової реакції і реакції за вибором;
- зниження станової сили;
- відставання у стрибучості;
- нераціональний розподіл фізичних зусиль;
- низький темп рухів;
- погіршення рухової пам'яті;
- відхилення у розвитку моторної сфери (дрібна моторика кисті і пальців рук, узгодженість рухів окремих ланок тіла у часі і просторі, перемикаємість рухів, диференціювання і ритмічність рухів, розслаблення, сукупність яких характеризує порушення координаційних здібностей);
- відставання у розвитку життєво важливих фізичних здібностей (координації, швидкості, витривалості та інших, що характеризують фізичну підготовленість дітей і підлітків).

Вочевидь, відставання у виконанні рухових дій глухих школярів від чуючих пояснюється ще й недостатнім використанням фізичних вправ у молодших класах. У молодшому шкільному віці у глухих дітей відбувається інтенсивний розвиток швидкості, швидкісно-силових якостей, точності рухів; у старшому шкільному віці у хлопчиків спостерігається незначне поліпшення цих показників. За показниками швидкості і стрибучості глухі школярі відстають від чуючих на 18%, за показниками м'язової сили – на 33%, координації рухів – у 5 разів. Показники оцінки точності сприймання простору і часу рухів протягом молодшого та середнього шкільного віку в середньому поліпшуються на 43-51%. У старшому шкільному віці спостерігається стабілізація цих оцінок.

Протягом усього шкільного періоду точність сприймання часу у глухих значно відстає від чуючих школярів. Це відставання пояснюється тим, що у сприйманні часу значна роль належить слуху. Крім того, суб'єктивна оцінка часу часто здійснюється з використанням своєрідного індивідуального масштабу виміру часу, що являє собою узагальнення відображення часу в другій сигнальній системі і найчастіше у формі уявного відліку.

Отримані дані свідчать про те, що зниження слуху негативно позначається на точності просторового контролю здійснюваних рухів. Більш низькі показники глухих, порівняно з чуючими, за точністю сприймання рухів науковці пояснюють відставанням у розвитку рухової сфери, зниженням функцій вестибулярного апарату, а також зменшенням обсягу мовної оперативної інформації у процесі виконання рухів.

У сприйманні м'язових зусиль між глухими і чуючими школярами істотних відмінностей не виявлено, що вказує на те, що на диференціюванні м'язових зусиль втрата слуху не відбивається.

У розвитку динамічної рівноваги глухі школярі більш виражено відстають (до 90%) від чуючих дітей у віці 11-14 років. Ступінь стійкості тіла у глухих хлопчиків досягає вищого рівня у 15-16 років.

Зниження функціонального стану рухового аналізатора у глухих школярів безпосередньо пов'язано з недостатнім рівнем їх фізичного розвитку.

Показники життєвої ємкості легенів глухих школярів нижчі, ніж у чуючих, на 35%, що може пояснюватися обмеженістю мовного дихання, а також їх меншою руховою активністю і нижчим, порівняно з чуючими, ростом. Зниження функціонального розвитку рухового аналізатора у глухих школярів відбивається і на функціях кардіореспіраторної системи.

Перелічені порушення у руховій сфері глухих школярів мають взаємопов'язаний характер та обумовлені такими загальними причинами: структурою слухового дефекту, недостатністю мовної функції, скороченням обсягу інформації, що надходить, станом рухового аналізатора, ступенем функціональної активності вестибулярного аналізатора.

Особливо яскраво ця сукупність причин проявляється на координаційних здібностях, оскільки вони реалізуються на дефектній основі сенсорних систем, що беруть участь в управлінні рухами. Тому глухі школярі витрачають на освоєння складнокоординаційних навичок значно більше часу, мають менший рівень максимальних досягнень за точністю і часом рухів, а також поступаються у статичній і динамічній рівновазі чуючим школярам.

Велика частина авторів пояснюють знижений рівень рухової сфери глухих і, зокрема, координаційних здібностей (особливо рівноваги) недостатньою функціональною активністю вестибулярного апарату.

При порушенні рівноваги у глухих дітей старшого шкільного віку відзначається сповільненість, скутість і мала амплітуда рухів.

Провідним і вирішальним фактором у регуляції відчуття рівноваги у глухих школярів є «м'язове відчуття». А.О. Костанян прийшов до висновку, що на точність руху впливає не стільки стан вестибулярного апарату, скільки ступінь досконалості рухового аналізатора. Тим часом, якісні характеристики прямостояння у глухих перебувають у прямій залежності від збереженості вестибулярного апарату.

За даними В.А. Какузіна, у глухих 7-13 років величини сагітального розміру просторового поля стійкості та коефіцієнта використання площі не перевищували 70-74% тих же показників у чуючих. З віком ці відмінності між глухими і чуючими скорочуються. За показниками динамічної рівноваги глухі відстають від чуючих однолітків у всіх вікових групах. Найбільші відмінності (до 89%) відзначаються в молодшому і середньому шкільному віці.

Вроджені або ранні порушення функцій слухового і вестибулярного аналізаторів призводять до зниження почуття просторового орієнтування глухих, що проявляється у ходьбі, бігу, орієнтації в схемі тіла, вправах з предметами (Кудряшов В.В., 1978).

При ходьбі з відкритими очима глухі діти старшого шкільного віку тримаються так само, як і ті, хто чує. Однак при ходьбі із заплющеними очима між глухими і чуючими виявлено помітну різницю. Розлади рівноваги при відсутності зорового контролю відзначаються у 45,7% глухих.

І.С. Берітов (1956) виявив, що глухі при заплющуванні очей зовсім позбавляються здатності орієнтуватись у просторі. У дітей шкільного віку відзначається асиметрія при ходьбі. З віком ступінь асиметрії при ходьбі у

глухих зменшується. Відмінності між глухими і чуючими особливо виражені в 11-14 років. У старшому віці відмінностей у ступені асиметрії при ходьбі між глухими і чуючими немає (Хохрякова Є.В., 1959). Причину зменшення з віком відмінностей у глухих В.С. Фарфель (1975) пояснює більш тривалим стажем ходьби. При цьому глухі відрізняються від тих, хто чує, надзвичайною варіативністю кроків. Вони розставляють ноги при ходьбі із закритими очима трохи ширше, ніж ті, хто чує, і кроки їх коротші.

Швидкість як комплексна рухова якість людини має велике значення для успішного орієнтування та мобільності дітей. Разом з тим, є численні дані про те, що рівень розвитку всіх форм прояву швидкості (час рухової реакції, час одиничного руху або цілісного рухового акта) у дітей з депривацією слуху значно нижче, ніж у здорових однолітків.

Результати аналізу особливостей прояву швидкісних якостей в умовах, що вимагають різного рівня концентрації уваги, показали виражені відмінності між глухими і чуючими. Середні величини швидкості сенсорно-рухової реакції при зниженні інтенсивності звукового інформаційного потоку виявились меншими, ніж при нормальному функціонуванні слухового аналізатора.

При порівняльному аналізі спостерігається така картина: чим довше залишки слухового сприймання, тим коротший період реакції.

Показники складної сенсорно-рухової реакції слабочуючих наближаються до показників у чуючих і мають індивідуальний характер.

Кількість сенсорно-рухових реакцій, за даними тепінг-тесту, за 15 с у глухих 8-ми років становить 44,3 од., а у чуючих – 53,6; у середньому і старшому шкільному віці (13-17 років) кількість нанесених рисочок у чистому прямокутнику збільшується у всіх обстежуваних груп.

Таким чином, глухота і приглухуватість є важкими фізичними вадами і супроводжуються цілим рядом функціональних і морфологічних відхилень з боку органів і систем організму. Своєрідність психічного і фізичного розвитку глухих і слабочуючих дітей обумовлена рядом причин: функціональним порушенням окремих фізіологічних функцій, загальною соматичною ослабленістю, відставанням у психічному розвитку, недорозвиненням або відсутністю мови.

У спеціальній літературі немає конкретних **протипоказань для глухих і слабочуючих до занять фізичними вправами**. Проте спостереження показують, що глухі і слабчучі, крім глухоти, мають **супутні захворювання** і відхилення у стані здоров'я. Такі обставини необхідно враховувати при заняттях.

При роботі з глухими дітьми обов'язково тестується вестибулярна функція: з'ясовують скарги на запаморочення, визначають наявність ністагму, порушення рівноваги за пробою Ромберга, пальце-носовою пробою та ін. При оцінці рухових якостей особливу увагу надають тестуванню: швидкості, точності відтворення рухів заданої амплітуди, точності цільового руху; точності диференціації великих і малих м'язових зусиль; здібності формувати просторово-часові зв'язки; координації.

Роль компенсаторних механізмів у розвитку глухих дітей. Усі дослідники відзначають, що при порушенні слуху є можливість за допомогою неушкоджених аналізаторів регулювати і здійснювати складні види рухів, комплексно або вибірково впливати на ті чи інші функції. Як компенсуючі канали зворотного зв'язку при навчанні і розвитку глухих дітей виступають такі сенсорні системи, як зорова, шкірна, рухова, тактильна, залишковий слух. Успіх коректувально-педагогічної діяльності багато в чому визначається станом неушкоджених функцій та умінням їх використовувати.

У комплексі аналізаторів, що беруть активну участь у сенсорній основі фізичної діяльності, провідне значення належить руховій системі, що здійснює регуляцію виконання довільного рухового акту. Покращення рухових здібностей глухих під впливом фізичних вправ свідчить про компенсаторні можливості *рухового аналізатора*. Наприклад, під впливом спеціально підібраних вправ швидкість руху рук у глухих дівчат і хлопців не тільки досягає величин чуючих однолітків, але і перевищує їх.

Постійним учасником сенсорної основи рухової діяльності є *зоровий аналізатор*. Дітям з порушеннями слуху при зоровому сприйманні предметів важче, ніж тим, хто чує, виділити частини в предметах. Але з віком зорове сприйняття нечуючих значно удосконалюється. Певні особливості зорового реагування, пов'язані зі сприйняттям тонко диференційованих структур усної мови, міміки і жестів, обумовлюють специфіку зорового сприйняття у глухих і в подальших вікових періодах.

Значення *шкірного аналізатора* при нормальному функціонуванні всіх сенсорних каналів, як правило, недооцінюється внаслідок того, що його функція звичайно маскується іншими сенсорними системами. Проте активна участь аналізатора в компенсаторно-пристосувальних механізмах, у формуванні пізнавальних процесів виділяє його як додатковий канал отримання інформації про навколишню дійсність. Шкірний аналізатор разом з кінестетичним беруть участь у дотиковому відчутті.

Тактильна чутливість осіб з порушенням слуху носить індивідуальний характер. Умовно виділено чотири групи. До першої групи увійшли нечуючі, у яких пороги тактильної чутливості дещо нижчі, ніж середні показники у чуючих (1,83 у.о.). Ця група склала 8% із загального числа обстежуваних. Для другої групи характерні такі ж показники відчуття, як у тих, щочують, тобто пороги складають 2,8 у.о. і сягають 19% із загальної кількості обстежуваних. Третя група об'єднала дітей із середніми порогоми сприйняття, що перевищують пороги чуючих на 0,5 у.о., і склала 53%. Найвищі пороги тактильної чутливості зафіксовано у четвертій групі (3,45 у.о.), що становить 14%. Таким чином, точність розпізнавання тактильного подразника переконливо свідчить про наростання тактильної чутливості у дітей з порушеннями слуху.

Вібраційна чутливість виступає в ролі подразника слухового і тактильного аналізаторів. Так, Б.Г. Ананьєв встановив, що звукові хвилі через механізм вібраційної чутливості подвійно впливають на кору головного мозку людини. Обидва ці механізми знаходяться в суперечливих відносинах:

слуховий аналізатор пригнічує механізм вібраційних відчуттів, унаслідок чого людина при нормальному слуху не відчуває безлічі періодичних змін тиску, що викликається коливаннями тіл у навколишньому середовищі. У свою чергу збудження вібраційних механізмів тіла сприяє посиленню як слухових, так і тактильних відчуттів.

Збільшення чутливості до вібраційних дій у глухих у діапазоні 100-1000 Гц кінчиків другого, третього і четвертого пальців правої руки (тобто тих пальців, якими глухі постійно користуються при спілкуванні) знайшов С.С. Маркарян.

При активній участі осіб з недоліками слуху в професійній діяльності сприймання вібраційних сигналів удосконалюється внаслідок того, що виконавці частіше стикаються з віброуючими предметами і частіше включають у дію вібраційну чутливість.

Таким чином, вібраційна чутливість найтісніше пов'язана зі слуховим сприйняттям, активно залучається до компенсаторного процесу, є важливим каналом сприйняття інформації про навчальну, трудову, спортивну діяльність. Під впливом рухової діяльності цей канал чутливості у динаміці вікового розвитку глухих удосконалюється.

Особливості методики проведення занять з фізичного виховання у дітей з вадами слуху. *Метою* фізичного виховання при ураженнях слуху є формування уміння встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями, а також раціонально розподіляти фізичні зусилля.

До *специфічних завдань* фізичного виховання дітей з вадами слуху відносять:

- розвиток сприйняття;
- покращення стану вестибулярної системи;
- удосконалення просторового орієнтування;
- розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети;
- підвищення швидкості перемикання уваги;
- удосконалення реакції вибору;
- підвищення швидкості рухових реакцій;
- розширення м'язово-рухових уявлень;
- розширення об'єму рухової пам'яті.

Завдання адаптивного фізичного виховання при вадах слуху можна розв'язувати такими *засобами фізичного виховання*:

- загальнорозвивальні фізичні вправи;
- циклічні аеробні вправи;
- дихальні вправи (з тривалим видихом);
- вправи для хребта;
- вправи для розвитку координації;
- елементи гімнастики;
- елементи акробатики;
- аеробіка;

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

Стратегія процесу фізичного виховання базується на таких початкових даних, як причина патології, її прояви, наявність ускладнень і супутніх рухових порушень.

Викладачу, що працює з людьми зі зниженням слуху, важливо знати особливості способів спілкування при такій нозології:

- усний метод – читання по губах;
- жестикуляція – мова жестів;
- поєднання усного методу і мови жестів.

Глухоту називають недугою, яка приносить якнайменше розуміння і найбільше нерозуміння. У 1975 році Всесвітня федерація глухих ухвалила міжнародний словник для глухих «Джестуно», еквівалент «Есперанто», що включив 1500 знаків, узятих з різних систем для спілкування глухих за допомогою пальців, що легко розуміються. Він використовується при проведенні спортивних ігор, конгресів і т.ін. Проте у фізичному вихованні і спорті найбільш активно використовується мова жестів.

До *особливостей методики виховання глухих* належать такі положення:

- учитель повинен володіти знаковою мовою;
- уміння, що вивчаються, завжди демонструють наочно;
- більш широко використовується арсенал відеоматеріалів;
- ретельне опрацювання раціональних наочних і понятійних повідомлень;
- почергове застосування методів показу і пояснення;
- викладач повинен стояти лицем до учнів;
- при словесному поясненні пам'ятати про виразність своєї артикуляції;
- уникати міміки і жестів, які не стосуються теми питання, що розглядається;
- викладач повинен бачити очі учнів (зворотну реакцію);
- викладачу час від часу необхідно питати учнів, як вони зрозуміли матеріал, що він їм пояснює;
- кожні 15 хвилин робити перерви (для відновлення уваги);
- використовувати наочні, тактильні і кінестетичні підказки;
- уникати усних підказок під час гри;
- уникати шуму;
- забезпечити хороше освітлення приміщення;
- організувати взаємодопомогу між учнями;
- прагнути своєчасно розпізнавати мімічні вияви емоцій;
- при пошкодженнях вестибулярного апарату уникати вправ та ігор, які можуть викликати негативні наслідки.

Вчитель фізичної культури грає важливу роль у залученні глухих учнів до занять спортом. Фізична культура і спорт, як показав багаторічний практичний досвід, є одним з основних способів їх фізичної, психічної і соціальної реабілітації.

Правила, якими керуються у спорті глухих, практично не відрізняються від правил, які використовуються у спортивних змаганнях людей з нормальним слухом. Щоб зрівняти умови для всіх учасників, спортсменам не дозволяється користуватися слуховими апаратами. Частина змін торкається використання візуальних команд замість слухових. Наприклад, у змаганнях з плавання використовують стартові блоки з миготливими лампами, з легкої атлетики – лампи, що сигналізують про старт забігів, у футболі – свисток замінюють помахом прапорця.

2.2. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ВАДАХ ЗОРУ

Загальні відомості про сліпоту і слабозорість. За даними ВООЗ у всьому світі близько 285 млн. людей страждають на порушення зору, з яких 45 млн. є ураженими сліпотою і 246 млн. мають знижений зір. Близько 90% людей, які мають порушення зору, живуть у країнах, що розвиваються.

У глобальних масштабах основними порушеннями зору є: нескоректовані аномалії рефракції (короткозорість, далекозорість або астигматизм), 43%; катаракта, 33%; глаукома, 2%.

Близько 65% всіх людей, які страждають на порушення зору, – це люди у віці 50 років і старше, тоді як ця вікова група складає 20% населення світу. При цьому, у багатьох країнах має місце старіння населення, зростає число людей, що піддаються ризику вікового порушення зору.

За оцінками ВООЗ 19 млн. дітей страждають від порушень зору. З них 12 млн. мають порушення зору через аномалії рефракції, тобто стани, які легко діагностуються і коректуються, а 1,4 млн. дітей є незворотно незрячими на все життя.

Тотальна сліпота – двостороння невиліковна повна відсутність зору (0) або залишковий зір (гострота зору 0,03-0,04 включно з корекцією на кращому оці, або звуження поля зору до 10° на кращому оці незалежно від гостроти зору). При збереженому світловідчутті на рівні розрізнення світла і пітьми або залишковому зорі, що дозволяє порахувати пальці руки біля обличчя, розрізнити контури, силуети і кольори предметів безпосередньо перед очима, говорять про **практичну сліпоту**. При **слабозорості** гострота зору кращого ока з корекцією зору складає 0,05-0,4, що дозволяє користуватися зором за сприятливих умов, коли до зору не висувається високих вимог.

До сліпоти призводять багато причин: природжені дефекти структур ока, інфекційні захворювання, запалення і травми очей. В Україні сліпота і слабозорість серед осіб працездатного віку у 85,3% випадків обумовлена природженою патологією або раніше перенесеними захворюваннями.

Є відмінності нозологічних причин зорових розладів, які обумовлюють сліпоту і слабозорість. Так, до повної або практичної сліпоти призводять атрофія зорового нерва, природжена глаукома, природжені дефекти розвитку оболонок ока; до слабозорості – аномалії рефракції (переважно міопія), патологія кришталика.

Характеристика дітей з порушеннями зору. При роботі з людьми, що мають природжену сліпоту, необхідно враховувати наявність в абсолютній більшості випадків поєднаної патології різних фізіологічних систем організму. Спостереження показують (Чудна Р.В., 2000, Шапкова Л.В., 2003, Толмачов Р.А., 2004 та ін.), що в інвалідів по зору найчастіше зустрічаються: хвороби серцево-судинної системи, хвороби органів дихання, захворювання опорно-рухового апарату (порушення постави, плоскостопість), хвороби обміну речовин, у дітей часто зустрічається енурез. Зустрічаються вегето-судинні порушення, невротична і неврозоподібна симптоматика. 85% сліпих і слабозорих дітей потребують того або іншого виду відновного лікування. Нерідко причинами таких порушень функцій організму при сліпоті є детренованість організму і низька рухова активність.

У сліпих і слабозорих дітей спостерігається відставання у фізичному розвитку: у довжині і масі тіла, ЖЄЛ, ОГК та в інших антропометричних показниках. У таких дітей можуть бути відхилення у віковій періодизації розвитку. Вікова динаміка загалом зберігається така ж, як і в нормі, але рівень їх фізичного розвитку значно відстає. Виражене відставання у формуванні рухових якостей. Так, сліпота і слабозорість негативно позначаються на розвитку швидкості рухів. Виражене відставання спостерігається в координації і точності рухів, статичній витривалості. У той же час при заняттях фізичною культурою і спортом із застосуванням адекватних навантажень діти з дефектами зору за багатьма показниками фізичної підготовленості наближаються до вікових норм, а за деякими перевершують їх (Сермєєв Б.В., 1987, Ліberman Л., 1996).

Для педагога істотне значення має час порушення зорової функції: чи народився учень сліпим або осліпнув у певний момент, а також у якому віці це відбулося. Психомоторний розвиток сліпонароджених дітей підкоряється тим же закономірностям, що і здорових, але має свої специфічні особливості. Відсутність можливості візуально сприймати ознаки предметів і явищ, орієнтуватися у просторі веде до бідності чуттєвого досвіду і в результаті – до порушення взаємодії сенсорних та інтелектуальних функцій, гальмує розвиток образного мислення. Це пов'язано з тим, що зоровий аналізатор дає людині 90% зовнішньої інформації. При цьому характерні особливості зорового сприйняття – дистантність, миттєвість, одночасність і цілісність отримання інформації. Тактильне сприймання не замінює зорове, оскільки має послідовний характер, дає менше вражень, звужує об'єм уявлень. Коло предметів і явищ, доступних тактильному сприйманню, значно обмежений. Зменшення сприймання призводить до фрагментарності, схематичності уявлень і низького рівня узагальнень. Відсутність зору веде до зниження

мотивації орієнтовної діяльності, до редукції безумовного орієнтування, пошукового рефлексу і загальної загальмованості. Так, уже у грудних дітей у зв'язку з відсутністю стимулів до хапальних рухів, потягувань, повзання і вставання сліпота призводить до пасивності і малорухливості. Практика показує, що період повзання у сліпонароджених затягується іноді аж до дошкільного віку. Значно затримується вертикалізація тіла й оволодіння ходьбою (на 2-3 роки). Викликані відсутністю зору невдачі в руховій активності призводять до закріплення пов'язаних з ними неприємних переживань і спричиняють обмеження діяльності. Наслідками сліпоти можуть бути патологічні звички: повзання грудних дітей ногами вперед, щоб захистити від ударів голову (Азарян Р.Н., 1989, Чудна Р.В., 2000).

Істотна відмінність сприймання слабозорих від сліпих полягає в тому, що при слабозорості зір залишається основним способом сприймання 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 слабозорості відповідає нормі.

Зниження сприймання впливає на весь навчально-тренувальний процес: звужується об'єм уваги, можливість її перемикання і стійкість, що заважає розширенню діапазону вражень і дій. Таким чином, чим пізніше за віком наступила втрата зору, тим більший в особи запас уявлень і легше формуються і відтворюються образи, легше відбувається оволодіння новими знаннями.

Викладачу АФВ у ході навчально-тренувального процесу доводиться стикатися з низкою проблем (Чудна Р.В., 2000, Шапкова Л.В., 2003):

- ✓ зниження можливості сприйняття власних рухів і, як наслідок, саморегуляції і самоконтролю рухової активності;
- ✓ неможливість швидких і численних перемикань на нову структуру руху;
- ✓ проблема орієнтування у просторі.

Просторова орієнтація при сліпоті є складною сукупністю відчуттів, розумових і рухових дій, які забезпечують самостійне пересування незрячої людини в просторі, сприймання ним об'єктів і маніпулювання ними. При дефекті зору люди відзначають велику роль у їх орієнтації «звукового фону» простору, зміни в якому сигналізують їм про зміни обставин, а також роль «шостого» відчуття, яке трактується зараз як теплове сприйняття.

Питання допуску до занять фізичною культурою при порушеннях зору. При патології органу зору в АФВ велику увагу приділяють питанню допуску до занять. До занять фізичними вправами одержують допуск особи з патологією, при якій відсутній ризик погіршення функції зору від фізичного навантаження. Такі хвороби виділяють у *групу А*: непрогресуючі форми захворювань за умови відсутності запального процесу, схильності до крововиливів і больового синдрому. 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. Включення до цієї групи має на увазі повну заборону фізичних вправ або значні обмеження, вказані лікарем-офтальмологом (Чудна Р.В., 2000, Шапкова Л.В., 2003, Толмачов Р.А., 2004).

Прогресуючими дефектами зору є: глаукома, незавершена атрофія зорових нервів, травматичні катаракти, дистрофія сітчатки, запальні захворювання рогової оболонки ока, ускладнені форми міопії, відшарування сітчатки. До дефектів зору, які не прогресують, належать вади розвитку, стійке помутніння рогівки, деякі форми катаракти. Є можливість поліпшити зір за умов активного спеціального лікування при амбліопії, деяких формах природженої і вторинної катаракти.

Для дітей з порушенням зору (при певних захворюваннях) передбачаються такі обмеження: різкі нахили, стрибки, вправи з обтяженнями, акробатичні вправи (перекиди, стійки на голові, плечах, руках, виси вниз головою), а також зіскоки зі снарядів, вправи зі струсом тіла, вправи високої інтенсивності, тривалі м'язові напруження і статичні вправи, навантаження з великою інтенсивністю бігу.

При наявності таких хвороб, як травма оболонок очних яблук, дегенерація та відшарування сітківки, дистрофія роговиці, пухлини мозку або ока, глаукома, катаракта, висока міопія та деяких інших протипоказані такі види спорту: стрибки у воду, важка атлетика, бокс, боротьба, хокей, футбол, баскетбол, велоспорт, гірськолижний спорт, мотоспорт. Надмірні навантаження при цих захворюваннях можуть призвести до значних ускладнень офтальмопатології.

Супутні захворювання дітей з порушенням зору також призводять до деяких обмежень. Наприклад, при сколіозах протипоказані стрибки, перекиди, тривалі виси, підняття тяжкостей. При неврологічних захворюваннях можна спричинити гіперактивність дітей. При пієлонефриті протипоказане переохолодження (заняття на вулиці в осінньо-зимовий період, плавання в басейні).

При лікарсько-педагогічному контролі занять АФВ в обов'язковому порядку раз на рік проводиться диспансерний огляд за участю лікарів-фахівців (офтальмолог, хірург, педіатр (терапевт), невропатолог, отоларинголог, стоматолог, уролог), а також лабораторні та інструментальні дослідження. Особливу увагу приділяють офтальмологічному контролю з урахуванням об'єктивних і суб'єктивних відчуттів.

Таблиця 1

Рекомендовані види навантажень при ураженнях зору
(Толмачов Р.А., 2004)

Вид офтальмопатології		Види навантажень					
		аеробне	анаеробне лактатне	анаеробне алактатне	зі струсом тіла	статичне	динамічне
Ураження зорово-нервового апарату	абсолютно сліпі	так	так	так	так	так	так
	практично сліпі	так	ні	ні	так	ні	так
	слабозорі	так	ні	ні	так	ні	так
Ураження роговиці й оптичного середовища	абсолютно сліпі	так	так	так	обмеження	так	так
	практично сліпі	так	обмеження	обмеження	обмеження	обмеження	так
	слабозорі	так	обмеження	обмеження	обмеження	обмеження	так
Висока міопія	абсолютно сліпі	так	так	так	так	так	так
	практично сліпі	так	ні	ні	обмеження	обмеження	так
	слабозорі	так	ні	ні	обмеження	обмеження	так
Глаукома	абсолютно сліпі	так	так	так	обмеження	так	так
	практично сліпі	обмеження	ні	ні	обмеження	ні	обмеження
	слабозорі	обмеження	ні	ні	обмеження	ні	обмеження

Особливості методики проведення занять з фізичного виховання у дітей з вадами зору. Фізична підготовка дітей з дефектами зору має два напрями: загальний і спеціальний. Вона націлена на вдосконалення непошкоджених сенсорних реакцій (тактильних, слухових та ін.), поліпшення концентрації уваги, збільшення об'єму сенсорних уявлень, розвиток мислення, пам'яті (образної і рухової), уяви і творчих можливостей. Задача вчителя – послідовно і планомірно розвивати пізнавальну сферу учня. Науковці визначають мету і завдання адаптивного фізичного виховання при ураженнях зору (Чудна Р.В., 2000):

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

Специфічні завдання адаптивного фізичного виховання при вадах зору:

- розвивати стійкість, статичну і динамічну рівновагу;
- розвивати сприймання навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприймання простору в цілому;
- удосконалювати навички орієнтування в просторі за допомогою непошкоджених сенсорних систем;
- ліквідовувати скутість і обмеження рухів;
- розвивати здатність відчувати й оцінювати параметри рухів;
- удосконалювати всі характеристики рухів;
- розширювати рухові уявлення, рухову пам'ять, об'єм рухових умінь та навичок;
- при слабозорості – розвивати зорово-моторні реакції.

Для вирішення загальних і специфічних завдань адаптивного фізичного виховання при вадах зору використовують такі **засоби**: загальнорозвивальні вправи; вправи для формування правильної постави, дихальні вправи; вправи на укріплення м'язів; вправи на розвиток координації рухів; вправи для навчання просторового орієнтування; ритмічна гімнастика; рухливі ігри; аеробіка; вправи на розслаблення; плавання; вправи для очей; вправи для розвитку дрібної моторики; боротьба; гімнастика; волейбол; танці; голбол; торбол; міні-футбол та ін.

У роботі з незрячими значну роль грає матеріально-технічне забезпечення: загального характеру, загального характеру з тифлодоробками, спеціальне тифлотехнічне (Ліberman Л., 1996, Чудна Р.В., 2000, Шапкова Л.В., 2003, Толмачов Р.А., 2004).

Тифлотехніка фізичної культури – сукупність тифлологічних приладів і пристосувань, які допомагають незрячим людям оволодіти рухами тіла, займатися спортивною ходьбою, бігом, стрільбою, плаванням і т.ін. Сюди належать тактильні та вібраційні дисплеї, візуальні дисплеї для слабозорих, полісенсорні діагностичні пристрої, засоби оптичної корекції, аудіовізуальні прилади й апарати, що запам'ятовують, електронно-оптичні системи,

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

Заняття АФВ повинні проводитися з використанням тифлологічних пристосувань, які поліпшують орієнтування незрячих людей і забезпечують безпеку під час занять. Важлива точна оцінка тренером здійснюваних учнями рухів, передбачених кожною методикою. Введення термінових коректив сприяє більш ефективному навчанню диференціювання точності рухів у просторі, у часі та за ступенем м'язових зусиль.

Виділяють такі **методи навчання рухових дій** незрячих людей (Ліberman Л., 1996, Чудна Р.В., 2000, Толмачов Р.А., 2004 та ін.):

1. *Метод словесного опису дій*, які необхідно виконувати учню з вадами зору, включає опис частин тіла, що беруть участь у виконанні цих рухів. Контроль техніки виконання, активізація і поглиблення сприймання, оцінка результатів, напрям поведінки учнів вимагають великої майстерності володіння словом.

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

3. *Метод спрямованого «відчуття» рухів* у найпростіших випадках виражається зосередженням уваги учнів на сприйманні сигналів від м'язово-зв'язкового апарату у 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 вправи. Після цього викладач пояснює положення окремих частин тіла у вправі, а учні, виконуючи її, визначають та оцінюють точність рухів. Після закріплення рухової техніки переходять до вдосконалення навички в ускладнених умовах.

Сюди ж можна віднести використання спеціальних тренажерів і різних пристосувань, які «примусово» задають необхідні параметри руху, дозволяючи практично відчувати їх. Можуть також використовуватися автокардіолідери, які задають програму вправ циклічного характеру, зв'язують задану ЧСС з фактичною, регульованою в учня за допомогою автоматичного електронного пристрою.

4. *Метод лідирування* (поточного сенсорного програмування) полягає у використанні звуколідерів у бігу для тренування «прямобігання», що при цій нозології є одним із найскладніших етапів навчання.

5. *Метод термінової інформації* – один із сучасних технічних методів, який передбачає екстрене отримання учнем об'єктивних відомостей про хід рухів з метою їх корекції або збереження заданих параметрів. Цей процес здійснюється шляхом зв'язку по радіо або завдяки мініатюрним електронним звуковим інформаторам, що кріпляться на тіло незрячої людини і подають сигнал при порушенні техніки виконання рухів, або завдяки

тензоелектронним пристроєм моделювання гучності звуку, що подають інформацію про величину зусиль, прикладених до спортивного снаряда.

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

Особи з ураженням органів зору беруть участь у Паралімпійських іграх з 1976 року. Змагання серед сліпих проводяться у таких видах спорту, як легка атлетика (біг на різні дистанції, стрибки в довжину і висоту, потрійний стрибок, метання диска, списа і ядра), плавання, боротьба, дзюдо, перегони на велотандамах і на рівнинних лижах, біатлон (зі спеціальним оснащенням для стрільби), швидкісний спуск з гори і слалом, голбол і торбол (ігри для сліпих з дзвінким м'ячем), боулінг, пауерліфтинг, шау-дан (гра для сліпих – аналог настільного тенісу), міні-футбол, шахи, шашки. На останніх Паралімпіадах демонструвалася участь слабозорих у кінному і парусному спорті (Толмачов Р.А., 2004, Євсєєв С.П., 2005).

Проведені багатьма ученими дослідження підтверджують користь, важливість і необхідність занять адаптивною фізичною культурою для осіб з порушеннями органів зору.

2.3. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ РОЗУМОВІЙ ВІДСТАЛОСТІ

Загальні відомості про розумову відсталість. У сучасній психіатрії однією з актуальних є проблема розумової відсталості. У світі, за даними ВООЗ, загальна поширеність розумової відсталості перебуває у межах 2,5-3,0 % населення всіх вікових груп. Останніми роками спостерігається збільшення кількості розумово відсталих людей, що пояснюється більшим виживанням дітей з вадами центральної нервової системи. За даними Міністерства охорони здоров'я, в Україні розумова відсталість становить 23,1% усіх психіатричних діагнозів, кількість осіб з вадами розумового розвитку – понад 300 тис., на 1000 дітей припадає 10 випадків вад розумового розвитку.

Н.В. Астаф'єв, Р.Д. Бабенкова, М.Г. Блюміна, Л.С. Виготський, А.А. Дмитрієв; С.П. Євсєєв, С.Д. Забрамна, В.І. Лубовський, С.С. Ляпідевський, М.С. Певзнер у своїх роботах підкреслюють, що з усіх відхилень у стані здоров'я розумова відсталість є найпоширенішим і найважчим за соціальними наслідками дефектом людини.

На сучасному етапі розвитку світової спільноти життєдіяльність осіб з проблемами в розвитку розглядається не ізольовано, а в реальному зіткненні і взаємодії з різними соціальними інститутами і соціальним середовищем. Виходячи з цього, можна сказати, що один з принципів вітчизняної педагогіки – забезпечення всебічного і гармонійного розвитку особистості, який виражає прагнення суспільства до задоволення потреб осіб, що мають

порушення у розвитку, корекції наявних дефектів, у вихованні й освіті, а також у їх соціальній адаптації (Л.І. Аксенова, 2002).

Розумова відсталість – широке поняття, що означає будь-яку інтелектуальну недостатність, що виникла у період формування психіки. За визначенням ВООЗ, це значне зниження основних інтелектуальних функцій. До недавнього часу розумову відсталість визначали такими термінами, як олігофренія, ідіотія, імбецильність, дебільність, але останнім часом, у зв'язку з негативним забарвленням цих термінів, від них відмовилися. З етичних міркувань у медицині діагнози психічних порушень шифруються цифровими кодами.

Сьогодні виділяють більше 100 факторів, що призводять до розумової відсталості: інфекційні захворювання, отруєння, радіаційні ураження, біологічна несумісність тканин матері і плоду, неправильне харчування матері під час вагітності, гіпоксія мозку (у тому числі під час клінічної смерті), спадкові порушення обміну речовин, хромосомні захворювання, травми дитини під час пологів. Так, одних тільки хромосомних захворювань відомо декілька сотень, хвороб, пов'язаних з порушенням обміну речовин, налічують більше 2000. З них близько 200 виявляються у вигляді порушень діяльності центральної нервової системи, серед яких і розумова відсталість. Наприклад, хвороба Дауна – потроєння 21 пари хромосом – зустрічається з частотою 1:700 новонароджених, характеризується типовою зовнішністю хворих, розумовою відсталістю і супутніми проявами (гіпотонія м'язів, вади серця і травної системи).

Для визначення рівня розвитку інтелекту в сучасній психіатрії використовується IQ – коефіцієнт інтелектуального розвитку. IQ – відношення «інтелектуального віку» (віку, якому відповідає розвиток дитини) до паспортного віку, виражене у відсотках. Наприклад, якщо інтелект дитини 10 років відповідає 5 рокам, $IQ = 5/10 \times 100\% = 50\%$. Його визначення проводять за експериментальними методиками Біне-Симона, Пробста, Векслера досвідчені фахівці з психіатрії та психології. Проте слід пам'ятати, що інтерпретація цих методик вимагає великого досвіду для уникнення помилок у висновках про рівень розвитку обстежуваного. Нормальні значення IQ – у межах 85-110 %.

Характеристика дітей при різних ступенях інтелектуальної недостатності. Розробка проблеми соціальної інтеграції та реабілітації людей з розумовою відсталістю, організація їхньої взаємодії зі здоровою частиною населення належить до пріоритетних напрямів наукових досліджень. Як підкреслюють багато фахівців (А.І. Григор'єв, 1997, М.Д. Левітов, 2000, В.І. Бондар, 2003, Л.М. Шипіцина, 2005 та ін.), чим тяжчий ступінь розумової відсталості, тим сильніше виражені порушення психомоторного розвитку. Дитині з важким ступенем розумової відсталості необхідна своєчасна та довготривала соціальна і фізична реабілітація.

Виділяють чотири ступеня зниження інтелекту: легкий, помірний, важкий і глибокий.

Легкий ступінь – IQ 50-70%. При цьому ступені розумової відсталості має місце конкретно-описовий тип мислення (без абстрагування). У ранньому віці таким дітям властива знижена цікавість, відсутність творчості у діяльності, пізніший розвиток мовлення, значна бідність жестикуляції та міміки. У дошкільному віці у них відсутній інтерес до сутності речей та явищ. У грі ці діти погано засвоюють правила, погано визначають свою рольову позицію. У них насилу формуються відносні кількісні, просторові і тимчасові поняття, різко знижена логічна пам'ять, бідні емоційні поняття. У молодшому шкільному віці має місце нечіткість таких понять, як ім'я, прізвище. Відсутні задуми в іграх. Є проблематичним осмислення простого сюжету та рахування. При цьому підказки дорослих малоефективні. Діти слабо реагують на власні успіхи або помилки. Має місце надмірне збудження або загальмованість. У старшому віці відзначається недостатність абстрагування й осмислення сутності навіть знайомих явищ, невміння виділити істотні ознаки, надмірна конкретність, шаблонність мислення і поведінки, відсутність критичності до власних вчинків. Слід зауважити, що такі діти навчаються у спеціальних школах і досить добре адаптуються у суспільстві.

Помірний ступінь – 35-49%, сюди належать стани, при яких людина може бути навчена простих трудових умінь, має фразову мову та іноді може оволодіти читанням та писанням. Емоції недиференційовані, примітивні. Навчання індивідуальне.

Важкий ступінь – 20-34%. Такі діти характеризуються недорозвиненою дефектною мовою у вигляді фраз з 2-3 слів, що має ситуаційний характер, крайньою бідністю уявлень, можливістю розвитку лише навиків самообслуговування.

Глибокий ступінь – нижче 20%. Відзначається недорозвинення психіки, що характеризується рудиментарним мисленням (в уявленнях); наявність недорозвиненої мови; відносна соціальна адаптація на рівні самообслуговування або елементарних трудових процесів, що, проте, вдається тільки при постійному піклуванні; деяке орієнтування в конкретній ситуації; упізнавання близьких; адекватне реагування на звичні повсякденні слова і фрази; використання окремих слів з 3-5 років у комунікативних цілях; можливе навчання елементарних навиків охайності.

При найглибших ступенях психічного недорозвинення (0-5%) спостерігається відсутність або початковий стан пізнавальних функцій. Життєва активність обмежується у цьому випадку інстинктивними діями, часто збоченими реакціями на смак їжі, біль, радість або засмучення і т.ін. У моториці переважають стереотипні дії. Такі люди насилу опановують ходьбу, соціально непристосовані навіть на рівні самообслуговування.

Окремо виділяють категорію **неуточненої розумової відсталості** – якщо є достатньо підстав припускати розумову відсталість у людини, але вона не може бути обстежена за допомогою стандартних тестів. Наприклад, за наявності важких порушень, а також у дитячому віці за наявності клінічних проявів затримки психічного розвитку, оскільки тести дослідження

дітей віком до одного року, такі як Bayley, Cartel та інші, не дають кількісної оцінки IQ.

Затримка психічного розвитку (ЗПР) — прояв незрілості психомоторних функцій у результаті сповільненого дозрівання морфофункціональних систем мозку під впливом різних негативних факторів. Закінчується, як правило, недорозвиненням функції або компенсацією її іншими функціями. Може мати тимчасовий зворотній характер. У таких випадках можлива її повна ліквідація при запізнілому розвитку або шляхом стимуляції психічного розвитку. При ЗПР найбільшу роль грає недорозвинення сприймання і відчуттів. Аналізатори працюють нормально, але порушується обробка інформації, що поступає від них, є складнощі з перетворенням цієї інформації у руховий акт і, як наслідок, проблеми зі сприйняттям розмірів, форм, відстані. Недостатня кількість чуттєвих вражень призводить до відставання розвитку мислення.

Аутизм — стан відходу від реальності і відмова від спілкування. Це серйозна проблема в роботі з людьми із розумовою відсталістю. Розвиток аутичної дитини не просто затриманий, він спотворений, порушена система значень, що підтримують активність дитини, направляють та організують його відносини зі світом. Саме тому дитині з аутизмом важко застосовувати в реальному житті наявні знання й уміння. Усім дітям з розладами аутистичного спектру, при значній неоднорідності цієї групи за складом, необхідне виховання, задачею якого є, перш за все, розвиток осмисленої взаємодії з навколишнім світом (О.С. Нікольська, Є.Р. Баєнська, М.М. Ліблінг, 2000, Є.В. Плаксунова, 2011).

Усі випадки розумової відсталості супроводжуються **особливостями психічного розвитку дітей**: стійким порушенням пізнавальної діяльності, уповільненим темпом та обсягом сприймання, малим словниковим запасом, слабким розвитком пам'яті, низькою стійкістю уваги, порушенням вольових процесів, примітивністю відчуттів, інтересів, низькою ініціативністю, несамостійністю, недорозвиненістю емоцій.

У розвитку рухової сфери розумово відсталих дітей відзначається: порушення регуляції тонусу м'язів, неточність і несвоєчасність рухів, нерозуміння рухового завдання, порушення в основних рухових актах, відставання у розвитку фізичних якостей, вторинні морфологічні відхилення тощо.

Особливості методики проведення занять з адаптивного фізичного виховання при розумовій відсталості. Аналіз науково-методичної літератури з проблеми організації корекційних занять і фізичної реабілітації дітей з вадами розумового розвитку показав, що нині розглянуто специфічні особливості процесу фізичного виховання розумово відсталих дітей (Т.Ю. Круцевич, Р.В. Чудна, 2003), апробовано методику адаптивної фізичної культури для дітей цієї нозології (С.П. Євсєєв, 2002-2005), визначено причини порушень міжособистісних стосунків у сім'ях, що виховують дітей з відхиленнями розумового розвитку (В.В. Ткачова, 2004),

установлено позитивну динаміку корекції психічних порушень у дітей з вадами розумового розвитку під час використання корекційно-педагогічних заходів у сім'ях та спеціальних закладах (Д.М. Ісаєв, 2003, І.І. Мамайчук, 2006), доведено доцільність соціалізації та інтеграції дітей, підлітків і молоді з вадами розумового розвитку в суспільство (Л.М. Шипіцина, 2005, Г.Ф. Нестерова, С.М. Безух, А.М. Волкова, 2006), виявлено позитивний вплив рухливих ігор на психічний стан дітей (Т.П. Вісковатова, 2006) та необхідність комплексної реабілітації (Р.О. Баннікова, 2006).

Освіта розумово відсталих дітей здійснюється у спеціальних шкільних установах. На сьогодні процес фізичного виховання у коректувальних школах реалізується у загальноприйнятих формах: організовану форму фізичного виховання складають уроки фізкультури в школі, ранкова гімнастика, ігри на великих перервах, прогулянки у другій половині дня. Низька рухова активність призводить до того, що у цієї категорії дітей не формується мотивація і властива їх віку потреба в русі (М.С. Певзнер, 1982; Р.Д. Бабенкова, 1983; Б.В. Сермеєв, 1990; Н.В. Астаф'єв, 1995; А.А. Дмитрієв, 2002; С.І. Веневцев, 2004). Проте дослідження В.І. Лубовського (1987), В.М. Мозгового (1994), Б.І. Пінського (1979), Б.В. Сермеєва (1990) та інших показують, що багато розумово відсталих школярів володіють значними потенційними руховими можливостями.

Відомо, що недолік рухової активності є для дітей однією з причин відставання не тільки у фізичному, але й у психічному розвитку, про що свідчить ряд досліджень, які вказують на найважливішу роль руху у процесі психофізичного розвитку дитини, функціонального стану його головного мозку.

Тим часом фізична культура з різноманітним форм організації рухової діяльності посідає одне з провідних місць не тільки у відновленні, зміцненні і підтримці здоров'я розумово відсталих школярів, але й у підготовці їх до самостійного життя, сприяє корекції психофізичного розвитку і є важливим засобом успішної адаптації та інтеграції таких дітей у суспільство.

Багато науковців (М.С. Певзнер, 1982; Р.Д. Бабенкова, 1983; Б.В. Сермеєв, 1990; Н.А. Козленко, 1991; Н.В. Астаф'єв, 1995; Л.В. Шапкова, 2001; А.А. Дмитрієв, 2002; С.І. Веневцев, 2004; В.М. Мозговий, 2008) вважають, що необхідно шукати нові форми застосування засобів фізичної культури, які будуть не тільки коректувати недоліки рухової сфери і фізичної підготовленості, але і розширювати психомоторний потенціал розумово відсталих школярів.

Автори Р.В. Чудна (2000), Л.В. Шапкова (2003) та інші зазначають, що *метою* фізичного виховання розумово відсталих дітей є поєднаний розвиток рухової та інтелектуальної сфери дитини.

Специфічні завдання фізичного виховання при розумовій відсталості:

- формувати позитивну мотивацію до навчального процесу;
- формувати сприймання;
- формувати здатність концентрувати й утримувати увагу;

- нормалізувати співвідношення збудження і гальмування нервових процесів;
- розвивати логічне й образне мислення;
- формувати алгоритм виконання дії;
- формувати достатній запас практичних умінь і навиків;
- формувати мову.

При вирішенні цих та інших завдань у роботі з розумово відсталими людьми викладачу доведеться долати такі їх проблеми, як страх перед новими завданнями і відмова від їх виконання, нездатність до зосередження і психічних навантажень, відсутність позитивного досвіду, низька працездатність, швидка стомлюваність.

Засоби вирішення завдань адаптивного фізичного виховання при розумовій відсталості: шикування і перешикування, ритмічні вправи, а також вправи на розвиток пластичності, хвилеподібні рухи, вправи з предметами, вправи на розвиток дрібної моторики, сюжетні ігри, заняття у воді.

На сьогоднішній день є велика кількість оздоровчо-коректувальних методик і програм для розумово відсталих дітей, які базуються на застосуванні плавання (В.В. Ким, 1997), дихальної гімнастики (В.П. Гогольчева, Є.Ф. Мухамедьярова, 1997; Є.А. Матвєєва, 2003), суглобової та медитативної гімнастики, лижної підготовки (Н.В. Астаф'єв, В.І. Міхальов, 1997; Н.А. Сладкова, 1999), легкоатлетичного багатоборства (Н.В. Астаф'єв, В.Н. Коновалів, Н.Л. Літош, 1997), загальної фізичної підготовки (А.А. Сахоненко, 1999), рухливих ігор (О.А. Шпітальна, 1998, Н.М. Снесар, 2012), оздоровчої аеробіки (Л.Є. Шакурова, 2009), на стимулюванні тактильної та пропріоцептивної чутливості (О.В. Літовченко, 2004) та комплексної реабілітації (Н.Є Михайлова, 2007).

Особливість методики занять полягає у її доступності. Сприймання розвивається адекватними впливами на всі сенсорні системи. Оскільки зір забезпечує 90 % усієї зовнішньої інформації, особливу увагу слід звернути на розвиток зорового сприйняття. При розумовій відсталості необхідно враховувати наявність мотивації до сприймання. Один з прийомів її розвитку – спрямованість мотивації учня від його власних інтересів до завдань уроку, використання прийомів стимуляції (заохочення).

При розумовій відсталості проблемою є спостереження за предметом або дією. Цей процес можна полегшити, перетворивши предмет спостереження в мету. Для полегшення навчального процесу прагнуть максимально сконцентрувати увагу учня в логічній послідовності: 1) на викладачеві; 2) на завданні; 3) на предметі; 4) на дії з предметом. Виключають усі фактори, що відволікають увагу учня. Поступово переходять від одного предмета та дії до двох і так далі.

При формуванні понять, спираючись на конкретність мислення розумово відсталої дитини, розвивають абстрактне мислення.

Процес фізичного виховання розумово відсталих дітей має такі специфічні особливості:

- вимагає великого терпіння з боку викладача (результат настає у середньому через 2 роки);
- викладач перебуває у залежності від настрою і мотивації учня;
- агресія учня – одна з форм контакту;
- викладачу не можна піддавати критиці, примушувати учнів, допускати їх перевтому;
- необхідна рівна позитивна тональність викладача у спілкуванні з учнями;
- необхідно використовувати прийоми психолого-педагогічної регуляції для створення атмосфери радості, зацікавленості, ентузіазму.

Прийоми психолого-педагогічної регуляції на заняттях адаптивним фізичним вихованням розумово відсталих дітей. За даними Л.В. Шапкової (2003), серед прийомів психолого-педагогічної регуляції на заняттях адаптивним фізичним вихованням розумово відсталих дітей слід зазначити такі:

- доброзичливий стиль спілкування, довіра, відвертість педагога, виражена увага до кожного учня;
- позитивний настрій, позитивна мотивація, підтримка оптимізму, емоційного комфорту і безпеки;
- постановка спільної цілі, об'єднання спільними інтересами, організація взаємодій учнів за принципом психологічної сумісності;
- адекватність засобів, методів і методичних прийомів реальному стану та індивідуальним можливостям дітей;
- примирливі акти у разі конфліктів, що виникають унаслідок нестійкого психічного стану, невдачі, болю, розбіжностей, емоційного дискомфорту, відсутності уваги і т.п. Способами вирішення конфлікту можуть бути мотивоване переконання, зміна установок, відносин і оцінок, компроміс, поступка, жарт, усмішка, концентрація на позитивному, переорієнтація уваги на інший об'єкт або дію;
- методи навіювання, при яких діти з розумовою відсталістю без обдумування, пасивно, без боротьби мотивів засвоюють ідеї та вислови педагога. Навіювання стосуються зняття страхів, тривоги, стресу, невпевненості, підвищення працездатності, мобілізації емоційної активності;
- використання музики з метою зняття нервово-м'язової напруги, прискорення відновних процесів;
- ігрові методи організації занять, які активізують увагу, пам'ять, уяву, створюють відчуття задоволення, радості. Спеціальним підбором рухливих ігор можна регулювати психоемоційний стан від зняття агресивності до формування емпатії в міжособистісних стосунках;
- театралізовані форми занять (казкотерапія, сюжетно-рольові ігри, тематичні ігрові композиції), пов'язані з пересуванням, відтворенням

позитивних образів, спільною діяльністю, які можуть стати опорою для наслідування, джерелом рухової, психомоторної, соціальної активності.

2.4. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ УРАЖЕННЯХ СПИННОГО МОЗКУ

Загальні відомості про ураження спинного мозку. Рухова діяльність людини є надзвичайно складною. За сучасними науковими уявленнями вона включає: примітивні рухи (рефлекси), складніші автоматизми (наприклад, ходьба, біг) і складні цілеспрямовані дії, які входять до рухової поведінки. Усі опорні та рухові функції забезпечуються скелетом, м'язами і нервовою системою. Пошкодження будь-якої з ланок опорно-рухового апарату призводить до обмеження фізичних можливостей.

Рухові розлади можуть виражатися порушенням активних і пасивних рухів, координації рухових актів, тонусу і трофіки м'язів, рефлексів, електрозбудливості, появою співдружних або насильницьких рухів.

Активні рухи у тій або іншій кінцівці можуть бути абсолютно відсутні або обмежені за об'ємом і знижені за силою. Повна відсутність активних рухів називається паралічем, обмеження або ослаблення рухів – парезом. Параліч або парез однієї кінцівки носить назву моноплегії або монопарезу. Параліч або парез двох однойменних кінцівок (обох рук або обох ніг) називають параплегією або парепарезом. Параліч або парез однієї половини тіла (правої або лівої) називають геміплегією або геміпарезом. Параліч або парез усіх чотирьох кінцівок називають тетраплегією або тетрапарезом.

Клініка рухових розладів залежить безпосередньо від рівня органічного ураження опорно-рухового апарату. Розрізняють центральні (спастичні) і периферичні (м'яві) паралічі. Спільним для них є лише сам факт паралічу, а в іншому вони різко відрізняються.

При центральних паралічах уражається центральний нейрон рухового шляху. Ознаки центрального паралічу – підвищення сухожильних і періостальних рефлексів, тонусу м'язів, поява патологічних, захисних рефлексів, клонусів і незвичайних співдружних рухів.

При периферичних паралічах уражається периферичний нейрон рухового шляху. Периферичні паралічі характеризуються втратою рефлексів, гіпотонією, дегенеративною атрофією м'язів, що супроводжуються так званою реакцією переродження. При реакції переродження нерв не проводить імпульси до м'яза, внаслідок чого він не скорочується. Услід за переродженням і загибеллю нервових рухових волокон настає атрофія м'язів. У м'язах розвивається дегенеративний процес, що характеризується зміною м'язових волокон, їх загибеллю і розвитком жирової та сполучної тканини. При обстеженні атонічні м'язи на дотик м'яві і в'ялі, пасивні рухи в них надмірні, суглоби «розпущені».

За даними ВООЗ, кількість хворих з ураженням спинного мозку у різних географічних регіонах складає біля 30 осіб на 100 000 населення (Матеріали ВООЗ, 2000). В індустріально розвинених країнах ці цифри вище. Травми є найчастішими причинами ураження спинного мозку. Серед них автокатастрофи складають 44,5%, падіння з висоти – 18%, спортивні травми – 12,7%, поранення – 10%, інші причини – 5%. Окрім травм, ураження спинного мозку можуть викликати такі захворювання, як поліомієліт, розсіяний склероз, м'язова дистрофія, пухлини та ін.

Травматична хвороба спинного мозку належить до найбільш тяжких захворювань нервової системи, що призводить до інвалідизації майже 90% постраждалих (Кондаков Е.Н., 2002). В Україні, за даними Інституту нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України, щорічно реєструється близько 2000 випадків цього виду травм. Контингент постраждалих на 75% складають чоловіки працездатного віку (від 20 до 50 років). У структурі травми, переломи поперекового відділу хребта спостерігаються у 48–51% випадків (Поліщук Н.Е., 2001; Scivoletto G. et al., 2003).

Характеристика стану людини при ураженнях спинного мозку. Кінезіологічну симптоматику визначає рівень ураження нервової системи, що забезпечує м'язову діяльність.

Ураження спинного мозку характеризуються відсутністю всіх видів чутливості у розташованих нижче відділах, порушенням крово- та лімфообігу, порушеннями функцій дихальної, травної систем і систем виділення, а також статевої сфери, ускладненнями, які пов'язані з тяжкістю ураження.

Також при ушкодженнях спинного мозку значущий патологічний вплив надають вимушене положення тіла та недостатня м'язова активність, які мають місце в цьому випадку. Процеси, що розвиваються при цьому, погіршують практично всі функціональні можливості організму: уповільнюють швидкість реакції на зовнішні подразники, знижують рівень функції аналізу і синтезу ЦНС, погіршують діяльність серцево-судинної та дихальної систем. Слід звернути увагу на те, що після травми може розвинутих виражений остеохондроз хребта з явищами нестабільності хребетних сегментів, обмеження рухливості хребта, виражений у різному ступені хронічний больовий синдром (Р.В. Чудна, 2000, Л.В. Шапкина, 2001 та ін.).

У результаті порушення нейрогуморальної регуляції у зв'язку з травмою та іммобілізацією розвивається стан негативного азотного балансу, м'язова гіпотрофія, остеопороз, контрактури. За даними Є.В. Сергієні (1998), 65% людей, що перенесли в анамнезі травму хребта, потребують регулярної реабілітації.

Таблиця 2

Функціональна активність при ураженнях спинного мозку
(Віннік Дж. П., 2010)

Сегмент спинного мозку		Прийом їжі	Одягання	Особиста гігієна	Користування туалетом	Хатня робота	Керування автомобілем	Вик-ня громад транспорту	Використання візка	Самостійне пересування	Спілкування	Трудова діяльність			
Шийні сегменти (м'язи шії та руки, діафрагма)	C-1	*	*	*	*	*		*			*	**	Тетраплегія		
	C-2	*	*	*	*	*		*			*	**			
	C-3	*	*	*	*	*		*			*	**			
	C-4	*	*	*	*	*		*			*	**			
	C-5	*	*	*	*	*	*	*	*		*	**			
	C-6	*	*	*	*	*	*	*	*		*	**			
	C-7	*	*	*	*	*	*	*	✓		*	**			
	C-8	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓		✓	**			
	T-1	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓		✓	**			
Грудні сегменти (м'язи тулуба і живота)	T-2	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓		✓	✓	Параплегія		
	T-3	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓		✓	✓			
	T-4	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓		✓	✓			
	T-5	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓		✓	✓			
	T-6	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓		✓	✓			
	T-7	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓		✓	✓			
	T-8	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓		✓	✓			
	T-9	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓	*	✓	✓			
	T-10	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓	*	✓	✓			
	T-11	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓	*	✓	✓			
	T-12	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓	*	✓	✓			
	Поперекові і крижові	Нижні кінцівки	L-1	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓	*		✓	✓
L-2			✓	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓	*		✓	✓
L-3			✓	✓	✓	✓	✓	✓	*	*	✓	*		✓	✓
L-4			✓	✓	✓	✓	✓	✓	*	✓	✓	*		✓	✓
L-5			✓	✓	✓	✓	✓	✓	*	✓	✓	*		✓	✓
S-1			✓	✓	✓	✓	✓	✓	*	✓	✓	*		✓	✓
кишечник, сечовий міхур		S-2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
		S-3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
		S-4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
		✓ * **	- нормальна або практично нормальна функція - вимагає певної персональної допомоги - може бути частково доступною в індивідуальному порядку - неможливо												

Особливості методики проведення занять фізичною культурою осіб з ураженням спинного мозку. У процесі АФК осіб з ураженнями спинного мозку переслідується *мета* розширення діапазону рухових можливостей людини, подолання вимушеної гіподинамії (Т.Ю. Круцевич, Р.В. Чудна, 2008).

Специфічні завдання фізичного виховання при цій нозології:

- мобілізація духовних сил людини;
- вибір вихідних положень і раціональних поз;
- відновлення функцій хребта і спинного мозку;
- нормалізація основних нервових процесів і нервово-гуморальної регуляції;
- нормалізація м'язового тонусу;
- зміцнення м'язів хребта, формування «м'язового корсета» тулуба;
- розвиток міжм'язових координацій;
- формування передумов до розвитку позитивних життєзабезпечуючих компенсацій і розвиток цих компенсацій;
- нормалізація функціонального стану організму, підвищення його резервних можливостей;
- профілактика дегенеративних процесів;
- створення передумов для відновлення фонду життєво важливих рухових умінь і навичок;
- розвиток рухових якостей: сили, спритності, швидкості, гнучкості;
- формування і тренування навичок побутового самообслуговування і пересування, розширення їх діапазону.

Приклад В.І. Дикуля і його послідовників переконливо демонструє роль мотивації та волевих якостей у фізичній реабілітації у стані після травм спинного мозку. Тому процес АФВ у цих випадках слід починати з ознайомлення з позитивними прикладами вирішення проблем, подібних тим, що є в учня. Після лікарських консультацій, засвоєння анатомо-фізіологічних особливостей стану учня проводиться планування фізичної виховної роботи з визначенням конкретних цілей і завдань за термінами і методами контролю.

З урахуванням того, що при ураженні спинного мозку вищерозміщені відділи зберігають свої функції, послідовність фізичних вправ повинна відповідати принципам доступності і диференційно-інтегрального оптимуму для використання феномена перенесення – досягнення включення в руховий акт нижчерозміщених відділів.

Засобами вирішення поставлених завдань (Р.В. Чудна, 2000, Л.В. Шапкова, 2001, Н.А. Гросс, 2005 та ін.) є режим, корекція поз, самомасаж, гартування, фізичні вправи, у тому числі на тренажерах, які направлені на розвиток сили, швидкості, загальної та спеціальної витривалості, гнучкості, спритності, вправи швидко-силового типу. До них належать: гімнастичні вправи, плавання, спортивні і рухливі ігри

(бадмінтон, баскетбол на візках, волейбол сидячи, настільний теніс, футбол), стрільба з лука, елементи важкої атлетики й атлетичної гімнастики, елементи легкої атлетики, туризм та екскурсії, спортивне орієнтування, марафон на візках.

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

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

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

- використання блоків і противаг;
- використання спеціальних сіток з метою підвішування;
- використання підвісних систем з канатів і пружин;
- гідрокінезотерапія – виконання фізичних вправ у воді.

До занять з адаптивного фізичного виховання людей з ураженням спинного мозку залучаються медичні працівники, інструктори ЛФК, педагоги. Результат корекції рухової сфери оцінюється порівняно з початковим етапом.

Специфічними факторами ризику при заняттях фізичними вправами осіб з ураженням спинного мозку є нестабільне положення тулуба, гіпотензивна реакція на фізичне навантаження, ортостатична гіпотензія, вегетативна дисрефлексія, м'язові спазми, а також порушення терморегуляції.

2.5. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ СТАНАХ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЙ

Загальні відомості про ампутації та їх вплив на стан людини. Реабілітація інвалідів, що перенесли ампутації кінцівок, залишається складною і багатогранною проблемою. Її актуальність визначається постійним збільшенням чисельності інвалідів цієї нозологічної форми, вираженими порушеннями стато-локомоторної функції, вторинними змінами з боку функціональних систем організму. При високих рівнях ампутації спостерігається зміна вегетативної регуляції, що виявляється вираженим переважанням симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Порушуються пристосувально-компенсаторні реакції організму. Внаслідок перенесеної ампутації розвивається стрес, гіподинамічний синдром, метаболічні порушення, знижуються функціональні резерви організму,

порушується ліпідний обмін, часто розвивається ожиріння, знижується толерантність до фізичного навантаження і фізична роботоздатність. Крім цього часто спостерігаються вади і хвороби кукси, які вимагають тривалого консервативного, а нерідко й хірургічного лікування (О.В. Морозова, 1998, А.С. Солодков, 2000, Є.Ю. Коробова, 2001 та ін.).

Порушення співвідношення мас частин тіла призводить до зсуву центру тяжіння тіла, порушення стійкості і рівноваги. При ампутації нижніх кінцівок значно порушується здатність правильно оцінювати своє положення у просторі. При ампутаціях верхніх кінцівок у дітей відзначається асиметрія плечового пояса, часто мають місце вивихи проксимальних від ампутації суглобів, викривлення хребта.

При ампутації колінного суглоба показники функціональної підготовленості людини знижуються на 70%, а за відсутності гомілковостопного – на 40%. Знижуються показники сили м'язів, розташованих вище за ампутацію, розвиваються контрактури. Дисбаланс м'язів, зсув центру маси, викривлення поперечного відділу хребта, перекошення тазу з боку ампутації, нерівномірний розподіл маси на нижні кінцівки з часом призводить до розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів у суглобах ампутованої та опорної кінцівок, у хребті, а також до порушення рухового стереотипу ходьби. Ускладненнями ампутацій, як правило, бувають захворювання хребта і суглобів нижніх кінцівок, плоскостопість, які супроводжуються болями і заважають пересуванню на протезі (Р.В. Чудна, 2000).

Контингент інвалідів у стані після ампутації дуже різноманітний як за причинами, що призвели до ампутації кінцівок, так і за соматичним статусом. Значна частина інвалідів зазнали ампутації внаслідок судинної патології – облітеруючого ендартеріїту, атеросклерозу, цукрового діабету; частина – внаслідок травм, нещасних випадків, термічних уражень; частина – внаслідок онкологічних захворювань кістково-м'язової системи, а також внаслідок військової травми (Г.А. Худогова, В.С. Головін, 1997, А.О. Соколов, 2000).

Аналогічний ампутації стан спостерігається при природженому дефекті розвитку кінцівки – її відсутності або недорозвиненні. Частота природжених вад розвитку опорно-рухового апарату, за даними різних авторів, коливається від 0,3 до 22%. Аномалії кінцівок складають 55% усіх вад розвитку опорно-рухової системи (Л.В. Шапкова, 2001).

Природжені укорочення і деформації нижніх кінцівок належать до важких вад розвитку скелета. Вони прогресивно нарастають з віком дитини, а також супроводжуються супутніми деформаціями органів руху й опори (сколіоз, перекошення тазу, утворення контрактур у суглобах як ураженої, так і здорової кінцівки та ін.).

Природженими дефектами особливої групи є аномалії розвитку верхніх кінцівок. Спільними для цих дефектів є обмеження або повна відсутність функції схвату й утримання предметів, атрофія м'яких тканин і кісток кисті, передпліччя, плеча, затримка процесів остеогенезу та

укорочення ураженої руки порівняно зі здоровою від 1,5 см до повної її втрати.

Заповнити втрачену або значно порушену функцію опори і руху можливо за допомогою протезно-ортопедичних виробів. При цьому необхідно компенсувати укорочення ураженої кінцівки, створити можливість для ходьби, що наближається до нормальної, а також забезпечити належний косметичний вигляд.

Викладачу АФВ необхідно знати, у якому стані знаходиться учень: у стані компенсації або її порушення. Компенсація значною мірою залежить від якості протеза. Коли він добре підібраний, навантаження на куксу з опорою на її кінець рівномірне. Скарги на перевтому мають місце після тривалого навантаження, біль виникає рідко. Кукса ампутації помірно атрофована, має шкіру нормального кольору. При порушенні компенсації протезом користуватися не можна, кукса ампутації значно атрофована, турбує швидка стомлюваність, періодичні болі в куксі, фантомні болі, обмеження рухів і біль у суглобах здорової кінцівки, біль у хребті. При достатній компенсації втраченої функції людина може займатися тими видами фізичної діяльності, які їй подобаються.

Особливості методики проведення занять фізичною культурою при станах після ампутацій. Засоби АФК мають першорядне значення у плані підвищення рухових можливостей, профілактики гіподинамічного стану, стресу, контрактур збережених суглобів усічених кінцівок, зміцнення найбільш ослаблених внаслідок ампутації м'язових груп; поліпшення координації рухів, самообслуговування і пересування (Т.Ю. Круцевич, Р.В. Чудна, 2008).

Мета адаптивного фізичного виховання осіб у станах після ампутацій або з природженими аномаліями розвитку кінцівок – створення бази рухових і психологічних умінь і навичок, які сприяють підвищенню працездатності особи та її самореалізації в суспільстві.

До **специфічних завдань** фізичного виховання осіб у станах після ампутацій належать:

- відновлення центру тяжіння тіла;
- відновлення м'язового балансу;
- корекція деформацій опорно-рухового апарату в цілому, особливо постави;
- розвиток координації, спритності, витривалості, гнучкості;
- удосконалення відчуття рівноваги;
- відновлення рухливості у проксимальних від ампутації суглобах і здорових кінцівках;
- розвантаження суглобів;
- розвиток сили м'язів у проксимальних від ампутації сегментах;
- збільшення сили і витривалості м'язів спини, нижніх кінцівок і черевного пресу;

- профілактика плоскостопості й атрофії кукси;
- формування фонду рухових умінь і навичок.

До **засобів** фізичного виховання осіб у станах після ампутацій відносять: основні локомоції (ходьба, біг, стрибки, повзання та ін.); вестибулярне тренування; дихальні вправи; вправи на розслаблення; на відновлення симетрії плечового пояса, тазу й тонусу м'язів спини; силові; на збільшення амплітуди рухів; на диференціацію м'язових зусиль, які удосконалюють здатність диференціювати простір; гідроаеробіка; ігри; естафети; вправи з профілактики плоскостопості; рухливі ігри. Задоволення і користь приносять бадмінтон, баскетбол на візках, волейбол сидячи, легка і важка атлетика, плавання, теніс, футбол, танці, шашки, шахи. Перевагу слід надавати циклічним вправам аеробного характеру, виконання яких сприяє нормалізації процесів обміну та підвищенню загальної витривалості. Плавання – ефективний засіб гартування, підвищення функціональних можливостей серцево-судинної та дихальної систем, розвантаження хребта і суглобів. При регулярних заняттях плаванням оптимізується автоматична регуляція серцевого ритму, нормалізується порушена при ампутації взаємодія симпатичної і парасимпатичної вегетативних систем, периферичний кровообіг, артеріальний тиск, біоелектрична активність м'язів і ферментативна активність крові, що в цілому підвищує адаптаційні здібності організму.

На сьогоднішній день запропоновано цілий ряд різних засобів комплексної реабілітації осіб після ампутації кінцівок (А.О. Соколов, 2000, О.І. Малишев, 2002, С.Ф. Курдибайло, 2011 та ін.), що дозволяє повернути інваліда цієї нозологічної форми до життя в сучасному суспільстві і досягти певного рівня соціалізації особистості.

2.6. АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧУ

Загальні відомості про дитячий церебральний параліч. Несприятливі демографічні процеси в Україні супроводжуються різким погіршенням здоров'я дітей. Сучасний розвиток медицини дозволяє зберегти життя глибоко недоношеним, травмованим при пологах дітям і дітям з природженими вадами розвитку, які в подальшому стають основним контингентом дітей з порушенням здоров'я. Наслідком природженої та набутої патології є виникнення різного роду порушень розумового та фізичного розвитку, що призводить до зниження та обмеження тих чи інших форм життєдіяльності дитини, а в найважчих випадках – до її соціальної дезадаптації.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) – досить поширене захворювання, частота якого коливається у різних країнах світу від 1,5 до 2,6 на 1000 населення, а в популяції складає від 0,1 до 0,7%. Причому цей показник не має тенденції до зниження. В Україні частота ДЦП складає 2,4-

2,5 випадків, а в різних регіонах країни коливається від 2,3 до 4,5 на 1000 дитячого населення. На цей час в Україні більше 30 тис. хворих ДЦП потребують тривалої реабілітації. У більшості випадків патологія нервової системи є перинатально обумовленою.

Термін «дитячий церебральний параліч» поєднує ряд синдромів, які виникають у зв'язку з пошкодженням мозку. ДЦП розвивається як наслідок ураження головного і спинного мозку, через різні причини на ранніх стадіях внутрішньоутробного розвитку плоду і при пологах. Окрім порушень ЦНС, протягом життя виникають зміни в нервових і м'язових волокнах, суглобах, зв'язках, хрящах.

Перший клінічний опис ДЦП зробив В. Літтль у 1853 році. Майже 100 років ДЦП називали хворобою Літтля. Термін «дитячий церебральний параліч» належить Зігмунду Фрейду. У 1893 році він запропонував об'єднати усі форми спастичних паралічів внутрішньоутробного походження зі схожими клінічними ознаками до групи церебральних паралічів. Але до сьогодення часу точаться наукові суперечки з приводу цього терміна. У спеціальній літературі можна зустріти велику кількість різних термінів для позначення такого порушення, багато авторів робили спроби підібрати термін, щоб він відповідав рисам цієї хвороби. Хоча термін «дитячий церебральний параліч» не відображає сутності характерних при цьому захворюванні порушень, однак його широко використовують у світовій літературі, та й іншого поняття, що всебічно характеризувало б ці патологічні стани, до сьогодні не запропоновано. Тому, за загальноприйнятим визначенням, **дитячий церебральний параліч (ДЦП)** – це група моторних і психомовленнєвих непрогресуючих синдромів, які є наслідком ураження мозку у внутрішньоутробному, натальному і ранньому постнатальному періодах.

Минуло немало років після виступу В. Літтля, а у своїх працях вчені переважно звертали увагу на питання неврологічного, ортопедичного відновлювального лікування дітей з ДЦП. А на початку ХХ ст. М.Б. Брейтман першим звернувся до питання зниження інтелекту і недорозвитку мови у більшості дітей з ДЦП.

Причини розвитку ДЦП різноманітні. Переважно виділяють пренатальні, натальні та постнатальні несприятливі фактори, які стосуються походження ДЦП. На практиці часто зустрічається поєднання таких факторів, що діють на різних етапах розвитку. Значна кількість випадків ДЦП належать до групи невідомої етіології (за даними деяких авторів, до 30% випадків).

Перша чітко сформована класифікація ДЦП, яка стала основою усіх наступних класифікацій, належить З. Фрейду. В основі її лежать клінічні критерії. З.Фрейд виділяє такі види ДЦП:

- спастичний церебральний параліч (подвійна геміплегія, тетраплегія);
- спастична диплегія (синдром Літтля);
- дитяча геміплегія (геміплегічна форма);

- дискінетичний церебральний параліч (дистонічний, гіперкінетичний);
- атаксичний церебральний параліч (тонічно-астенічна форма);
- інший вид ДЦП (змішана форма).

Співробітники інституту проблем медичної реабілітації, очолюваного доктором медичних наук Козьявкіним В.І., виділяють такі типи церебральних паралічів:

- *спастичні (пірамідні) форми*: підвищення м'язового тону є визначальним симптомом цього типу, м'язи є напруженими, тугими (спастичними), а рухи є незграбними або неможливими; залежно від того, яка частина тіла уражена, спастичні форми ДЦП поділяються на: диплегію (обидві ноги), геміплегію (одна сторона тіла) або тетраплегію (все тіло). Спастичні форми є найпоширенішими, і на них припадає біля 70-80% випадків;

- *дискінетична (екстрапірамідна) форма* проявляється порушенням координації рухів. Виділяють два основні їх підтипи: а) атетоїдна (гіперкінетична) форма проявляється повільними або швидкими неконтрольованими рухами, які можуть виникати у будь-якій частині тіла, включаючи обличчя, рот та язик. Приблизно 10-20% випадків ДЦП належать до цього типу; б) атактична форма характеризується порушенням рівноваги та координації. Якщо такий хворий може ходити, то хода невпевнена і хитка. Пацієнти з цією формою мають проблеми з виконанням швидких рухів і рухів, які вимагають тонкого контролю, наприклад письмо. Така форма складає 5-10% випадків ДЦП;

- *змішані форми* є комбінацією різних форм церебральних паралічів. Поширеним є поєднання спастичних форм з атетоїдними або атактичними.

Важлива особливість ДЦП як патологічного стану – відсутність прогресування і тенденція до відновлення порушених функцій.

За відсутності реабілітаційних заходів і лікування при ДЦП до 2-5 років життя формуються контрактури, деформації суглобів, збочені пози й установки, патологічний руховий стереотип. До 5-8 років деформації нижніх кінцівок призводять до викривлення хребта і деформацій грудної клітки, дисторсії тазу, 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 та органів організму. Таким чином, ДЦП супроводжується порушеннями діяльності серцево-судинної і дихальної систем, вегетативних функцій.

Характеристика дітей з різними типами дитячого церебрального паралічу. Розглянемо прояви основних типів ДЦП і прогноз подальшого розвитку (К.І. Семенова, 1976, Е.Н. Мастюкова, 1991, Л.О. Бадалян, 1998, Л.І Ружицька, 2011 та ін.).

Подвійна геміплегія. Найважча форма ДЦП, виникає при значному ураженні мозку у період внутрішньоутробного життя. Клінічні прояви

пов'язані з наявними деструктивно-атрофічними змінами. Проявляється важкими порушеннями усіх важливих для людини функцій: рухових, психічних, мовленнєвих. Функції рук і ніг практично відсутні. Завжди переважає ригідність м'язів. Через підвищену активність тонічних рефлексів дитина при положенні на животі або на спині має різко виражені згинальні або розгинальні пози. При підтримці у вертикальному положенні, як правило, спостерігається розгинальна поза із звисанням голови. Усі сухожильні рефлекси досить високі, тонус м'язів у руках і ногах різко порушений. Мимовільна моторика зовсім або частково нерозвинена. Психічний розвиток дітей знаходиться звичайно на рівні розумової відсталості в помірному або важкому ступені. Мова відсутня: анартрія або важка дизартрія. Прогноз подальшого розвитку рухової, мовленнєвої і психічної функцій несприятливий. Діагноз «подвійна геміплегія» вказує на повну інвалідність дитини.

Спастична диплегія. Це поширена форма ДЦП, відома під назвою хвороба, або синдром Літля. За розповсюдженістю рухових порушень є тетрапарезом (ураження рук і ніг), ураження нижніх кінцівок зустрічається частіше. Спостерігається вторинна затримка психічного розвитку, яка при ранній і правильно проведеній реабілітації до 6-8-річного віку може бути усунена. 30-35% дітей страждають на розумову відсталість у легкому ступені; 70% мають мовленнєві розлади – дизартрія, моторна алалія. За наявності симетричного шийно-тонічного рефлексу при згинанні голови виникає згинальна поза в руках і розгинальна в ногах, а при розгинанні голови, навпаки, – розгинання рук і згинання ніг. Жорсткий зв'язок тонічних рефлексів з м'язами до 2-3 років призводить до формування стійких патологічних синергій і, як наслідок, – до стійких неправильних поз. І з того часу (2-3-річного віку) за ступенем важкості рухових порушень розрізняють важкий, середній і легкий ступінь спастичної диплегії.

Діти високого ступеня важкості самотійно не пересуваються або пересуваються за допомогою милиць. Маніпулятивна діяльність рук значно знижена. Ці діти себе не обслуговують або обслуговують частково. У них досить швидко розвиваються деформації та контрактури в усіх суглобах нижніх кінцівок. У 70-80% спостерігаються мовленнєві порушення, у 50-60% – ЗПР, у 25-35% – розумова відсталість.

Діти середнього ступеня пересуваються самотійно, хоча з дефектною поставою. У них непогано розвивається маніпулятивна діяльність рук, фізичні порушення виражені меншою мірою. Мовленнєві порушення спостерігаються у 65-75% дітей, ЗПР – у 45-55%, у 15-25% – розумова відсталість.

У дітей легкого ступеня важкості спостерігається незграбність і сповільнення рухів у руках, відносно легке обмеження об'єму активних рухів у ногах, переважно в гомілково-ступневих суглобах, незначне підвищення тону м'язів. Діти самотійно пересуваються, але хода дещо деформована. Мовленнєві порушення спостерігаються у 40-50%, ЗПР – у 20-30%, розумова відсталість – у 5%. Позитивний прогноз у подоланні психічних і мовленнєвих

порушень. Дитина може оволодіти навичками самообслуговування та певними трудовими навичками.

Геміпаретична форма. Характерним є одностороннє ураження руки і ноги, при правосторонньому ушкодженні мозку страждає ліва частина тіла, а при лівосторонньому – права. При цій формі ДЦП важче ушкоджується верхня кінцівка. Правосторонній геміпарез зустрічається частіше, ніж лівосторонній. У 25-35% дітей спостерігається легкий ступінь розумової відсталості, у 45-50% – вторинна затримка психічного розвитку, подолати яку можна при своєчасно розпочатій корекційно-відновлювальній терапії. Мовленнєві розлади спостерігаються у 20-30% дітей. Після народження усі рефлекси сформовані. Сидіти дитина починає вчасно або з невеликою затримкою, поза є асиметричною, що може призвести до сколіозу.

Виділяють 3 ступеня важкості геміпаретичної форми ДЦП: важкий, середній і легкий. При важкому ступені ураження у верхніх і нижніх кінцівках спостерігаються виражені порушення тону м'язів за типом спастичності і ригідності. Об'єм активних рухів, особливо в передпліччі, кисті, пальцях і стопі, – мінімальний. Маніпулятивна діяльність майже відсутня. У паретичній руці й нозі спостерігається гіпотонія м'язів і сповільнення росту кісток. Діти починають ходити самостійно лише з 3-3,5 років, при цьому спостерігається грубе порушення постави, формується сколіоз і перекошення таза. У 25-35% дітей – розумова відсталість, у 55-60% – мовленнєві порушення, у 40-50% – судомний синдром.

При середній важкості: порушення тону м'язів, трофічні розлади, обмеження активних рухів менш виражені. Хворий може брати предмет рукою, починає ходити з 1,5-2,5 років, шкутильгаючи на хвору ногу з опорою на передній відділ стопи. У 20-30% – ЗПР, у 15-20% – розумова відсталість, у 40-50% – мовленнєві розлади, у 20-30% – судомний синдром.

При легкому ступені пошкодження тону м'язів і трофіки незначні, об'єм активних рухів збережений, але рухи незграбні. Діти починають самостійно ходити з 1-1,5 років без перекошування стопи у хворій нозі. У 25-30% – ЗПР, у 5% – розумова відсталість, у 25-30% – мовленнєві розлади.

Гіперкінетична форма. У неврологічному статусі спостерігаються гіперкінези, м'язова ригідність шиї, тулуба, ніг. Незважаючи на важкі рухові дефекти, обмежену можливість до самообслуговування, рівень інтелектуального розвитку при цій формі ДЦП вище, ніж при попередніх. А можливість самостійно пересуватися спостерігається з 2-3 років, а частіше з 4-7 років, а інколи з 9-12 років. При цій формі спостерігаються гіперкінези різного характеру, частіше поліморфні, виділяють 3 групи: хореїформні, атетоїдні, паркінсоподібний тремор. Хореїформний гіперкінез – швидкі і відривчасті рухи, частіше в проксимальних відділах кінцівок. Атетоз – повільні хробакоподібні рухи у згиначах і розгиначах одночасно. Розвиток гіперкінезів розпочинається з 3-4 міс. і досягає максимального розвитку до 2-3-річного віку. Гіперкінези посилюються під дією екстероцептивних, пропріоцептивних та особливо емоційних подразників. У спокої гіперкінези значно зменшуються, а під час сну майже повністю зникають. Порушення

мовленнєвих функцій спостерігається у 90% – гіперкінетична дизартрія, ЗПР – у 5%, порушення слуху – у 25-30%. Інтелект у більшості випадків розвивається досить задовільно, а неосвіченими діти можуть залишитися через важкі розлади мови та мимовільної моторики, гіперкінези. Прогноз досить сприятливий щодо навчання і соціальної адаптації. Прогноз захворювання залежить від характеру й інтенсивності гіперкінезів: при хореїчному – діти, як правило, оволодівають самостійним пересуванням до 2-3 років; при подвійному атетозі прогноз досить несприятливий.

Тонічно-астенічна форма. Ця форма ДЦП зустрічається менше порівняно з іншими, характеризується парезами, низьким тонусом м'язів при наявності патологічних тонічних рефлексів, порушенням координації рухів, рівноваги. З моменту народження не спостерігаються вроджені рефлексі: відсутні рефлексі опори, автоматичної ходьби, повзання, погано виражені або відсутні захисний і хапальний рефлексі. Знижений тонус м'язів (гіпотонія). Такі хворі починають самостійно сидіти до 1-2 років, ходити – до 6 років. Мовленнєві розлади у формі дизартрії спостерігаються у 60-75% дітей, має місце ЗПР. Характерними симптомами є атаксія, гіперметрія, тремор. Спостерігається розумова відсталість частіше в легкій, а менше – у помірній формі, спостерігається ейфорія. Прогноз при такій формі ДЦП несприятливий.

Змішана форма. При цій формі спостерігається поєднання усіх перерахованих форм. Порушення мови спостерігається з тією ж частотою. Інколи захворювання протікає як спастична форма, а надалі з'являються гіперкінези. Значно погіршує протікання ДЦП наявність у хворих гіпертензивного, гідроцефалічного, судомного синдромів; порушення функцій гіпоталамуса, усієї гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що адаптує хворого до зовнішнього середовища.

Розглянуті класифікації ДЦП забезпечують системний підхід у процесі АФВ.

Особливості методики проведення занять з адаптивного фізичного виховання при дитячому церебральному паралічу. Серед *специфічних завдань* адаптивного фізичного виховання при ДЦП найбільш важливими є такі:

- формування мотивації й адекватних психоемоційних реакцій до занять АФВ;
- розвиток і вдосконалення сприймання усіма сенсорними системами;
- формування вестибулярних та антигравітаційних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) й орієнтування у просторі;
- розвиток і стимуляція опорної та маніпулятивної функцій рук (пальців);
- нормалізація співвідношення нервових процесів збудження та гальмування;
- нормалізація м'язового тонусу: максимальне розслаблення з подальшим розтягуванням м'язів, які знаходяться у стані спастичного

скорочення, і розвиток сили ослаблених м'язів – подолання слабкості (гіпотрофії, атрофія) окремих груп м'язів;

- розвиток і стимуляція відповідних віку рефлексів і реакцій у позах;
- розвиток здатності довільного напруження і розслаблення м'язів;
- подолання зайвих рухів;
- розвиток координації;
- профілактика розвитку патологічних компенсацій, викривлення хребта, привідного гіпертонусу стегон, патологічних установок стоп;
- поліпшення рухливості в суглобах (профілактика та ліквідація контрактур);
- корекція патологічних установок опорно-рухового апарату (кінцівок, відділів хребта);
- стимуляція опорної функції стоп, ходьби;
- розвиток здібності до самостійного пересування і самообслуговування;
- поліпшення функціональної діяльності серцево-судинної, дихальної та інших систем організму;
- розвиток психічної сфери і мови.

Для вирішення поставлених задач використовуються такі **засоби фізичного виховання**:

- гімнастичні вправи – дозволяють точно дозувати навантаження на різні сегменти тіла, розвивають м'язову силу, рухливість у суглобах, координацію рухів. Гімнастичні вправи виконуються без предметів і з різними предметами (з гімнастичною палицею, обручем, м'ячем);
- дихальні вправи;
- вправи для розслаблення м'язів;
- вправи для формування функцій рівноваги;
- вправи для формування склепіння і рухливості стоп;
- вправи для розвитку просторового орієнтування і точності рухів;
- пасивно-активні й активні вправи з полегшених вихідних положень;
- вправи з предметами під музику (перемикання на нові умови діяльності, розвиток виразності рухів, вправи в різних видах ходьби: високо, низько, «слизько», «жорстко», з підштовхуванням);
- прийняття правильної постави біля опори із зоровим контролем (вправи в різних вихідних положеннях перед дзеркалом);
- вправи для тренування основних вікових рухових навичок: повзання, лазіння (по лавці), біг, стрибки (спочатку на міні-батуті), метання, вправи в русі з частою зміною початкового положення);
- ігрові вправи: «як я одягаюся», «як я причісуюся» і т.ін.;
- малорухливі ігри (повинні бути цілеспрямованими, наприклад, на столі перед дитиною методист розкладає різнокольорові кубики різного розміру і питає, що б він хотів з ними зробити. Дитина вирішує будувати башту. І далі всі дії вона промовляє: «Я беру правою рукою великий синій кубик – це початок башти. Я беру великий білий кубик і ставлю його зверху – це перший поверх». На цьому простому прикладі видно, що одночасно

активізуються рухова, кінестетична, зорова, слухова, мовна зони, формується зорово-просторове сприйняття, схема тіла і схема руху);

- рухливі ігри (спрямовані на вдосконалення рухових навичок у змінних умовах, на поліпшення функцій різних аналізаторів, мають потужну загальнотонізуючу й емоційну дію, це ігри з елементами повзання, ходьби, бігу, метання, з подоланням різних перешкод);

- спортивні ігри за спрощеними правилами: волейбол, баскетбол, футбол, настільний теніс;

- плавання в басейні;

- заняття в сухому басейні, заповненому різнокольоровими кульками (тіло дитини в басейні весь час знаходиться у безпечній опорі, що особливо важливо для дітей з руховими порушеннями, у той же час у басейні можна рухатися, відчуваючи постійний контакт шкіри з кульками, що наповнюють басейн, тобто відбувається постійний масаж усього тіла, розвивається загальна рухова активність, координація рухів і рівновага);

- фітбол-гімнастика – гімнастика на великих пружних м'ячах (вперше фітболи стали використовуватися в лікувальних цілях із середини 50-х років ХХ сторіччя у Швейцарії для хворих з церебральним паралічем; при оптимальному і систематичному навантаженні створюється сильний м'язовий корсет, поліпшується функція внутрішніх органів, урівноважуються нервові процеси, розвиваються усі фізичні якості, формуються рухові навички, відбувається позитивна дія на психоемоційну сферу);

- вправи на матах і на батуті (тренування вестибулярного аналізатора, розвивається орієнтування в просторі);

- іппотерапія – лікувальна верхова їзда (зменшення спастичного синдрому, покращення стато-локомоторної функції за рахунок урегулювання м'язового тону, зменшення об'єму й амплітуди мимовільних рухів за рахунок максимальної мобілізації волі).

Оцінка ефективності занять адаптивною фізичною культурою може складатися з різних параметрів. Це може бути поточна оцінка зовнішніх ознак стомлення дитини, оцінка функціонального стану її організму, оцінка стану м'язової системи і т.ін.

У навчальному процесі слід прагнути позитивних рухових та емоційних реакцій дитини у відповідь на стимули. Саме вони дозволяють контролювати процес фізичного виховання.

Заняття адаптивним фізичним вихованням при ДЦП не можуть проводитися курсами. Вони повинні бути регулярними, систематичними, адекватними, практично постійними і в школі, і вдома.

Потрібно працювати над соціально значущими руховими актами (простягнути руку, узяти кухоль, піднести до рота, перекинути іграшки), а не над окремими рухами (згинання або розгинання в ліктьовому суглобі).

Обов'язково співробітничати з батьками, щоб і вдома продовжувалася адекватна дія. Необхідно виховувати взаємодопомогу, самостійність, відчуття відповідальності. Велику роль грає сім'я, у якій дитина проводить основну частину часу, підхід і ставлення батьків до вирішення проблем

дитини. Батьки повинні створити умови для формування максимальної самостійності та рухової активності дитини, можливості його всебічного розвитку. Родині не можна замикатися в собі, уникати контактів, широкого спілкування. Це шкідливо і для дитини, і для батьків.

Контрольні питання до розділу 2

1. Дати загальну характеристику уражень слухового аналізатора людини.
2. Розкрити мету, завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при вадах слуху.
3. У чому полягають особливості методики фізичного виховання дітей з вадами слуху?
4. Які вторинні відхилення розвиваються при сліпоті і слабозорості?
5. Розкрити мету, завдання, засоби та методи адаптивного фізичного виховання при вадах зору.
6. Дати класифікацію розумової відсталості.
7. Які специфічні завдання потрібно вирішувати на заняттях з адаптивного фізичного виховання розумово відсталих дітей?
8. Які причини призводять до патології опорно-рухового апарату?
9. Розкрити мету, завдання та засоби адаптивного фізичного виховання при ураженнях спинного мозку.
10. Які засоби фізичного виховання використовуються при станах після ампутацій?
11. Назвати форми ДЦП і дати їх загальну характеристику.
12. Які специфічні завдання вирішуються у процесі фізичного виховання осіб з ДЦП?

Завдання для самостійної роботи до розділу 2

1. Скласти схему компенсаторних механізмів у розвитку глухих дітей.
2. Законспектувати таблицю рекомендованих видів навантажень при ураженнях зору.
3. Ознайомитись і законспектувати прийоми психолого-педагогічної регуляції на заняттях адаптивним фізичним вихованням розумово відсталих дітей.
4. Ознайомитися з функціональною активністю людей при різних рівнях ураження спинного мозку.

Література до розділу 2

1. Адаптивная физическая культура глухих и слабослышащих : методические рекомендации / А.А. Ковтун, А.С. Афанасьева, А.П. Куница, Д.М. Резников. – Днепропетровск: ДГИФКиС, 2013. – 36 с.
2. Бадалян Л.О. Детские церебральные параличи / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба. – К.: Здоров'я, 1998. – 480 с.

3. Бабій І.М. Корекція рухової сфери глухих підлітків швидко-силовими вправами: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / І.М. Бабій. – К., 2002. – 17 с.
4. Байкина Н.Г. Диагностика и коррекция двигательной сферы у лиц с нарушением слуха : учебное пособие / Н.Г. Байкина. – Запорожье: ЗГУ, 2003. – 232 с.
5. Байкина Н.Г. Основы инвалидного спорта: учебное пособие / Н.Г. Байкина, Я.В. Крет. – Запорожье: ЗГУ, 2002. – 58 с.
6. Байкина Н.Г. Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих / Н.Г. Байкина, Б.В. Сермеев. – М.: Советский спорт, 1991. – 64 с.
7. Бегидова Т.П. Основы адаптивной физической культуры / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
8. Боскис Р.М. Глухие и слабослышащие дети / Р.М. Боскис. – М.: Советский спорт, 2005. – 304 с. – (Серия «Золотые страницы сурдопедагогики»).
9. Винник Д. П. Адаптивное физическое воспитание и спорт / [Винник Д. П.] ; под ред. Джозефа П. Винника ; [пер. с англ. И. Андреев]. – К.: Олимпийская литература, 2010. – 608 с.
10. Воробьев В.Ф. Практика индивидуального подхода к детям с патологией слуха при обучении ациклическим движениям / В.Ф. Воробьев, А.А. Митрофанова // Адаптивная физическая культура. – 2010. – №3(43). – С. 36-39.
11. Гаврюшенко Г.В. Сучасний стан організації навчання осіб з обмеженими фізичними можливостями у вітчизняній системі закладів вищої освіти / Г.В. Гаврюшенко // Запорожский медицинский журнал. – 2006. – Т. 2. – №5(38). – С. 162-164.
12. Иванова И.Б. Социально-психологические проблемы детей-инвалидов / И.Б. Иванова. – К.: Логос, 2000. – 86 с.
13. Карасаева Л.А. Роль физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий в профессиональной реабилитации инвалидов / Л.А. Карасаева // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №1(29). – С. 8-11.
14. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП / В.А. Качесов. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2003 с. – 112 с.
15. Курдыбайло С.Ф. Методические аспекты консервативной подготовки к протезированию после ампутации конечностей / С.Ф. Курдыбайло, Г.В. Герасимова, Н.В. Струкова // Адаптивная физическая культура. – 2011. – №3(47). – С. 2-8.
16. Літовченко О.В. Розвиток моторики розумово відсталих дошкільників засобом стимулювання тактильної та пропріоцептивної чутливості : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 / О.В. Літовченко. – К., 2004. – 20 с.

- 17.Логинов С.И. Коррекция низкой физической активности человека как проблема адаптивной физической культуры / С.И. Логинов // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №1(29). – С. 31-32.
- 18.Максимова С.Ю. Коррекционные возможности ритмической гимнастики в адаптивном физическом воспитании дошкольников с задержкой психического развития / С.Ю. Максимова // Адаптивная физическая культура. – 2011. – №2(46). – С. 15-16.
- 19.Малышев А.И. Коррекция стрессорной реакции инвалидов после ампутации нижних конечностей средствами адаптивной физической культуры : дис... канд. пед наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной физической культуры» / Алексей Иванович Малышев. – М., 2002. – 174 с.
- 20.Мастюкова Е.Н. Физическое воспитание детей с церебральным параличом / Е.Н. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1991. – 159 с.
- 21.Михайлова Н.Є. Фізична реабілітація дітей з вадами розумового розвитку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. виховання і спорту : спец. 24.00.03 «Фізична реабілітація» / Н.Є. Михайлова. – К., 2007. – 20 с.
- 22.Моисеева И.В. Адаптивная физическая культура в системе массового образования / И.В. Моисеева // Адаптивная физическая культура. – 2009. – №4(40). – С. 30-31.
- 23.Пласкунова Э.В. Влияние занятий по программе адаптивного физического воспитания «Моторная азбука» на двигательное и психомоторное развитие детей с расстройствами аутистического спектра / Э.В. Пласкунова // Аутизм и нарушения развития. – 2009. – №4. – С.67-72.
- 24.Програми спеціальної загальноосвітньої школи та класів інтенсивної педагогічної корекції для дітей із затримками психічного розвитку. – К.: ІСДО, 1995. – 119 с.
- 25.Рай Р.Р. Использование и развитие слухового восприятия у глухонемых и тугоухих учащихся / Рай Р.Р., Нейман Я.В., Бельмюков В.И. – М.: Педагогика, 1981. – 162 с.
- 26.Ружицька Л.І. Клінічна характеристика дитячого церебрального паралічу / Л.І. Ружицька // Проблеми сучасної психології. – 2012. – Вип. 15. – С. 564-576.
- 27.Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах / К.А. Семенова. – М.: Медицина, 1976. – 185 с.
- 28.Снесарь Н.Н. Педагогическая технология игрового тренинга в физическом воспитании детей с легкой степенью умственной отсталости : дис... канд. пед наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной физической культуры» / Наталья Николаевна Снесарь. – Красноярск, 2012. – 198 с.

- 29.Современные методики физической реабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / Под общей ред. Н.А. Гросс. – М.: Советский спорт, 2005. – 235 с.
- 30.Соколов А.А. Оздоровительная физическая культура в системе реабилитации инвалидов с последствиями травматических ампутаций нижних конечностей : дис... канд. пед наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной физической культуры» / Анатолий Александрович Соколов. – М., 2000. – 183 с.
- 31.Теорія і методика фізичного виховання: У 2 т. / За ред. Т.Ю. Круцевич. – К.: Олімпійська література, 2008. – Т. 2: Методика фізичного виховання різних груп населення. – 368 с.
- 32.Теория и методика физического воспитания: В 2 т. / Под ред. Т.Ю. Круцевич. – К.: Олимпийская литература, 2003. – Т.2: Методика физического воспитания различных групп населения. – 391 с.
- 33.Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре : [учебное пособие] / Под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2007. – 296 с.
- 34.Толмачев Р.А. Адаптивная физическая культура и реабилитация слепых и слабовидящих / Р.А. Толмачев. – М.: Советский спорт, 2004. – 108 с.
- 35.Физическая реабилитация: [учебник для студентов ВУЗов, обучающихся по стандарту «Адаптивная физическая культура»] / Под общей ред. С.Н. Попова. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 608 с.
- 36.Частные методики адаптивной физической культуры: [учебное пособие] / Под ред. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2003. – 464 с.
- 37.Чернецька О. Особливості розвитку рухової сфери аутичних дітей / О. Чернецька // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2008. – Т.3. – С. 166-168.
- 38.Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание / Р.В. Чудная. – К.: Наукова думка, 2000. – 358 с.
- 39.Шакурова Л.Е. Физическое воспитание умственно отсталых школьников 12-13 лет оздоровительно-коррекционными средствами : дис... канд. пед наук : спец. 13.00.04 «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и физической культуры» / Л. Е. Шакурова. – Набережные Челны, 2009. – 175 с.
- 40.Шапкова Л.В. Средства адаптивной физической культуры : [методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии] / Под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

Електронні ресурси до розділу 2

1. Журнал «Адаптивная физическая культура» . – Режим доступу: <http://www.afkonline.ru/>
2. Спеціальна Олімпіада України. – Режим доступу: <http://www.specialolympics.org.ua/>
3. Українське товариство глухих. – Режим доступу: <http://utog.org/>
4. Українське товариство сліпих. – Режим доступу: <http://blindua.narod.ru/>

РОЗДІЛ 3. СТРУКТУРА ТА ФУНКЦІЇ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ ІНВАЛІДІВ

3.1. ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І ПАРАЛІМПІЙСЬКОГО СПОРТУ В УКРАЇНІ

Початок розвитку вітчизняного паролімпійського спорту. Історія розвитку паролімпійського спорту розпочалася 28 липня 1948 року, коли в тихому англійському госпіталі Сток-Мендевіля сер Людвіг Гуттман провів перші спортивні змагання для людей з порушенням опорно-рухового апарату паралельно з Олімпіадою в Лондоні. Цього дня люди в інвалідних візках змагалися у стрільбі з лука. А вже в 1960 році *Рим зустрів Перші Паролімпійські ігри*. Але в Радянському Союзі про це не заведено було говорити. У соціалістичну формацію тих років проблеми інвалідів не вписувалися. Афішувати незвичайні змагання, навіть світового масштабу, не вважалося за потрібне. Очевидно, якщо у країни немає спортивного руху подібного роду, то немає і команди. Зустрічати і нагороджувати гостей, а самим виправдовуватися і визнавати помилки перед світовою спільнотою в СРСР не вміли. Саме тому в Олімпіади-1980, що проходила в Москві, не було продовження у вигляді Паролімпіади-80.



Рис. 1. Засновник Паролімпійських ігор Людвіг Гуттман

Починаючи з 1957 року з'їдка в центральних радянських газетах можна було прочитати коротку статтю про успішні виступи, спортсменів СРСР з порушенням слуху. Саме в 1957 році спортсмени Українського товариства глухих (УТОГ) Микола Здот, Анатолій Симоненко і Фаїна Антонова у складі збірної СРСР, вперше брали участь у VIII Всесвітніх літніх іграх глухих в італійському Мілані та привезли до України одну срібну і шість золотих медалей. Представник України з міста Запоріжжя Микола Здот, перемігши на дистанції 5000 м, не тільки встановив новий світовий рекорд, але і приніс першу золоту медаль у скарбничку збірної команди

Радянського Союзу на цих змаганнях. І якщо спортсмени з порушенням слуху могли брати участь у спортивних змаганнях, то представники всіх інших нозологій такої можливості були позбавлені.

Лише наприкінці вісімдесятих років, коли в СРСР почали відбуватися справді революційні зміни, поступово почав зароджуватися новий рух, який отримав назву спорт інвалідів. Так, у 1988 році пройшов перший Чемпіонат Радянського Союзу з волейболу сидячи, а в 1992 році киянин Петро Остринський увійшов до складу збірної СНД з волейболу сидячи як представник України на Паралімпійських іграх у Барселоні. Волейбол сидячи, що майже не вимагає державних витрат, швидко став популярною грою серед інвалідів, особливо ампутантів. Незабаром до нього приєдналися плавання і важка атлетика, легка атлетика і стрільба з лука. Саме ці види спорту стали провідними у збірній команді України, яка в 1996 році вирушила на свої перші Паралімпійські ігри до Антланти.

Серед організацій, що найбільш активно впроваджували заняття фізичною культурою і спортом людей з різними фізичними недоліками в Україні, став дніпропетровський спортивний клуб «Оптиміст», очолюваний Валерієм Сушкевичем. Людина, яка дуже добре знала всі проблеми інвалідів ізсередини, зуміла за підтримки Олени Зайцевої та групи однодумців дати новий імпульс руху, який згодом отримав назву паралімпійський спорт. А девіз Валерія Сушкевича, чемпіона СРСР з плавання серед інвалідів, який став загальнонаціональним для усіх спортсменів-паралімпійців: «Від перемог у спорті – до успіхів у житті». Отже, у 1989 році пройшла перша профспілкова хвиля створення груп інвалідів для занять спортом. Валерій Сушкевич організував Союз інвалідів і став його головою.



Рис. 2. Президент Національного паралімпійського комітету України, Герой України Валерій Сушкевич

У 1993 році рішенням Уряду України було створено **Український центр фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»** і 27 його регіональних відділень, що відразу ж забезпечувало проведення та втілення в життя державної політики з питань фізкультури і спорту інвалідів України.

Молода держава дуже хотіла йти в ногу з часом, а тому не могла залишити без уваги те, що саме у 1993 році Організація Об'єднаних Націй

прийняла Стандартні правила забезпечення рівних можливостей інвалідам. У цьому всеосяжному документі проголошено, що одним із найдієвіших засобів інтеграції інвалідів у суспільне життя є заняття фізичною культурою і спортом.



Рис. 3. Генеральний секретар Національного паролімпійського комітету України Олена Зайцева

Цього року у країні було утворено федерації з різних видів спорту. У важку атлетику прийшов Володимир Сансієв, у плавання – Юрій Вдовіченко, у легку атлетику – Ірина Двоскіна, а стрільбу з лука очолив Михайло Хусківадзе.

Головна мета будь-якої спортивної майстерності – ступені зростання. Необхідно було збудувати ланцюжок кроків від перемог в Україні до успіхів на чемпіонатах Європи, світу і, звичайно ж, Паралімпійських іграх. При цьому головна умова – не нашкодити, зробити все можливе, щоб спорт став складовою частиною реабілітаційного процесу і становлення спортсмена як особистості. Іншим завданням було урізноманітнити життя людини, обмеженої фізичними можливостями, і наповнити його новим змістом. І зрештою примусити державу звернути увагу на проблеми людей, які через різні обставини вважали за краще не виходити на вулицю.

Політична перебудова в країні вимагала перебудови свідомості у ставленні до людей, скривджених долею або безглуздою випадковістю. Так, на першому етапі тренувань з плавання головним для членів спортивного клубу були не спортивні результати, а чаювання, які влаштовувалися після тренувань. Спілкування – ось потенційний стимул об'єднання для більшості інвалідів. Проте, честолюбна молодь хотіла самоствердження у спортивних результатах. Вони мріяли про те, щоб затвердити себе на доріжках стадіонів і басейнів, на спортивних майданчиках і в залах важкої атлетики. Усе це разом узятє і породило проведення перших чемпіонатів міста, області, а потім вже й України.

За перші два роки становлення тільки у Дніпропетровському обласному центрі «Інваспорт» до занять спортом було залучено 272 інваліди

з порушенням слуху, зору й опорно-рухового апарату. Вони тренувалися в шести видах спорту. Ще 515 інвалідів було залучено до спортивно-реабілітаційної роботи.

Ірина Кузнєцова і Вадим Юр'єв стали представниками Дніпропетровщини на XVII Всесвітніх іграх глухих, де у Кузнєцової – срібна медаль у легкій атлетиці, а у Юр'єва – золота, яку він виграв у складі волейбольної команди України.

Спортсмени з ураженням опорно-рухового апарату Іван Головань і Дмитро Маріненко вперше брали участь у Кубку світу з пауерліфтингу.

Валерій Сушкевич разом з Валентиною Рєзніченко, Клавдією Свістельниковою, Тетяною Подзюбан та іншими спортсменами взяли участь у Чемпіонаті світу з плавання, який проходив на острові Мальта.

Участь спортсменів-інвалідів України у Паралімпійських іграх. Найголовнішим іспитом для нового спортивного руху України стали Паралімпійські ігри в *Атланті влітку 1996 року*. Тут уже не можна було сховатися під широким прапором СНД, що об'єднала різні республіки колишньої єдиної держави. Кожна з них вибрала свій шлях. В Атланті радянські республіки виступали як самостійні держави, тому кожній з них хотілося визнання і пошани. Але навіть з урахуванням дитячого віку паралімпійської команди України, її виступ на батьківщині визнали успішним. Сім перших паралімпійських медалей, з яких одна золота, чотири срібні і дві бронзові, завойованих у боротьбі з найсильнішими паралімпійцями планети, немов говорили про те, що все краще ще попереду.

Особливо одна деталь визначила дуже багато в долі паралімпійського руху в Україні. Мова йде про першу золоту медаль, яку завоював в Атланті Василь Ліщинський у штовханні ядра. До свого останнього фіналу Василь уже мав срібну нагороду за виступ у метанні диска. А ось штовхати ядро він вийшов в останній день Паралімпіади – 24 серпня 1996 року – у День Незалежності України. Василь Ліщинський не тільки виграв золоту медаль, але і встановив новий рекорд Паралімпійських ігор з результатом 13 м 66 см. У той рік відмінно виступила в басейні Атланти й Олена Акопян, завоювавши три срібні медалі. Ще по одній бронзовій медаль у впертій боротьбі здобули плавець з Кіровограда Юрій Андрюшин і киянин Ігор Горбенко в потрійному стрибку. Того року було завойовано сім медалей.

Якщо в Атланті збірна України мала своїх представників тільки в легкій атлетиці, стрільбі з лука і плаванні, то у подальші чотири роки було активізовано роботу і в інших напрямках. Так, до австралійського *Сіднея-2000* уже поїхала велика команда з 67 спортсменів, до якої окрім плавців, легкоатлетів і стрільців з лука увійшли ще й пауерліфтери, футболісти, представники настільного тенісу, боротьби і фехтування. Цікавим був і географічний діапазон перерахованих видів спорту. Малою батьківщиною настільного тенісу стало місто Миколаїв, де роботу очолив Олександр Аванесович Каспаров. Там же з'явився і перший фехтувальник на колясці Андрій Комар, вихованець молодого тренера Геннадія Яновського. Західна

Україна відрядила до Сіднея п'ять борців-дзюдоїстів, що представляли Житомирську (Василь Дуб, Костянтин Бичковський, Сергій Сидоренко) та Вінницьку області (Микола Лівіцький і Костянтин Калугаряну). Вихованці С.В. Карпенюка, П.Т. Забеліна і І.А. Кудряшова зуміли завоювати право поїздки на Паралімпіаду в протистоянні з представниками ще дев'яти регіонів України. Власне цей факт свідчить про те, що кількість центрів паралімпійського руху ставала більшою, а робота в них – інтенсивнішою і продуктивною.

Збірна України з футболу ДЦП, сформована з кращих представників Дніпропетровська, Києва, Волині і Хмельницька, під керівництвом Сергія Валентиновича Овчаренка тоді вже встигла завоювати титули чемпіонів світу (1998) і Європи (1999).

Підготовку спортсменів зі стрільби з лука у м. Львові очолив Михайло Кронідович Хусківадзе. Людина, що залишилася інвалідом з часів Великої вітчизняної війни, зуміла підготувати близько сотні майстрів спорту міжнародного класу і срібного призера Олімпійських ігор. У 1989 році Хусківадзе став тренувати збірну інвалідів СРСР у стрільбі з лука, а після розпаду країни – збірну України з цього виду спорту. Його вихованець Роман Гутник став першим стрільцем молодшої держави на міжнародних змаганнях.

Зупиняючись на досягненнях паралімпійського руху в Україні на рубежі третього тисячоліття, нагадаємо і про те, що до успіхів Сіднея-2000 слід додати і дебют збірної України на зимових Паралімпійських іграх *Нагано-1998*.

Валерій Сушкевич, знову-таки волею долі та великого людського бажання надати допомогу і моральну підтримку громадянам Вірменії, потерпілим від землетрусу у Спітаке та Ленінакані, особисто знайомиться із зимовими видами спорту. У результаті цього народжується ідея створення в Україні команди із зимових видів спорту.

Короткий термін навчання у норвежців, фантастичне бажання долати труднощі і перемагати, жадання самоствердження вразили не тільки гостинних японців, але й увесь лижний світ. На батьківщину збірна України привезла 9 медалей. Причому, Петро Кардаш – три золоті, Тамара Кулініч – срібло і бронзу, Олена Акоюн – дві бронзові нагороди, Ольга Кравчук – срібло, а Світлана Трифонова – бронзову медаль.

Так коротко можна окреслити історію про те, як жила і чого досягла паралімпійська Україна на порозі ХХІ століття. Успіх України у цьому напрямку складався з широкомасштабної роботи, розгорненої Національним комітетом спорту інвалідів України.

На території країни вже до кінця 2000 року працювали 72 підрозділи регіональних центрів «Інваспорту», було відкрито 26 дитячо-юнацьких спортивних шкіл інвалідів. Більше 20000 інвалідів, з них 8500 – діти шкільного віку, було залучено до спортивних клубів і секцій. До того ж, щорічно в країні проводилося близько 200 чемпіонатів і кубків з 17 видів спорту серед інвалідів з ураженнями опорно-рухового апарату, порушенням слуху, зору та інтелекту.

Українська команда завоювала на літніх Паралімпійських іграх в австралійському **Сідней-2000** 3 золоті, 20 срібних і 14 бронзових медалей. Це було новим великим кроком вперед порівняно з Атлантаю-1996. У загальному командному заліку українська збірна посіла 10 місце. Спортсмени, що відзначилися на XI Паралімпійських іграх: киянин Олександр Ясиновий (тренер – А. Багач), який приніс до загальнокомандного заліку золоту медаль у метанні диска та срібну у штовханні ядра; бронзовий призер Атланти кіровоградський плавець Юрій Андрюшин, який виграв в австралійському басейні дистанцію на 50 м баттерфляєм; донеччанин Олександр Мащенко, який у 14 років виграв фінал на 100 м брасом і став символом молодості і сили в Сідней. Три срібні медалі (50, 100 і 200 м вільним стилем) внесла до загальнонаціональної скарбнички представниця Дніпропетровська Олена Акопян.

Вперше лауреатами Ігор стали представники пауерліфтингу. У Лідії Соловйової (Дніпропетровськ) – срібна медаль, а у її колеги по команді Людмили Османової (Крим-Дніпропетровськ) – бронзова.

Представник Львова Сергій Атаманенко (тренер – М. Хусківадзе) вперше для збірної України завоював срібну медаль у стрільбі з лука. Олександр Іванюхин (Донецьк) виграв срібну медаль у п'ятиборстві і бронзову на стометрівці. Сергій Колос з Луганська був другим у метанні списа. У день закриття Ігор відбувся фінал Паралімпіади в Сідней-2000 з футболу ДЦП. Українська збірна виборола друге місце, програвши у фіналі збірній Росії.

Перший рік нового тисячоліття був присвячений аналізу виступів представників літніх видів спорту та розробці стратегії й тактики напередодні майбутньої VIII зимової Паралімпіади в американському місті **Солт-Лейк Сіті-2002**.

В Америці знову відзначилася Світлана Трифонова, заслужений майстер спорту України, учасниця легендарного супермарафону на візках Москва – Київ – Кривий Ріг, яка мріяла стати гонщицею і пройшла в українському «Інваспорті» блискучу школу великого спорту. Вона починала з плавання, потім були гонки на візках, потім пауерліфтинг і, нарешті, лижні гонки і біатлон. У якому б виді спорту не починала тренуватися і виступати дівчина з Кривого Рогу, усюди її супроводжував успіх. В Америці вона завоювала три срібні й одну бронзову медаль у лижних гонках і біатлоні. Її молода колега Олена Юрковська була головною її конкуренткою, а тому, як віддзеркалення, були й успіхи киянки: в Олені – три бронзові та одна срібна медаль. Отже, двоє дівчат внесли до загального заліку 8 (!) медалей. Це на одну медаль менше, ніж завоювала вся збірна нашої країни в Нагано чотири роки до того.

Усього наша команда, що складалася з 11 спортсменів, привезла на батьківщину 12 нагород. Лауреатами Солт-Лейк Сіті серед чоловіків стали Олег Мунц з Кіровограда (дві срібні медалі), Микола Овчаренко (бронзова медаль) і Віталій Лук'яненко (бронза).

У цьому ж 2002 році з 30 серпня по 8 вересня у Києві, вперше в історії України, відразу на двох кращих стадіонах столиці «Динамо» і НСК «Олімпійський» пройшли матчі **Чемпіонату Європи з футболу ДЦП**. До України з'їхалися збірні Ірландії, Іспанії, Нідерландів, Португалії, Росії та об'єднана команда Англія-Уельс. Україна переграла у фіналі збірну Росії – 5:1 і виграла золоті медалі. При цьому, за свідченням оргкомітету та найвищих урядовців світового паралімпійського руху, Україна показала Європі високий рівень організації чемпіонату.

Український центр фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» і Центр паралімпійської і дефлімпійської підготовки. У 2003 році відзначалося 10-річчя роботи Українського центру фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт». За підсумками його діяльності число інвалідів, що займаються фізичною культурою, спортом і реабілітацією, уже сягало 40 тис. Найбільш популярною була легка атлетика, якою займалося 4023 осіб, футболом – 2556, настільним тенісом – 2111, шахами – 1945, шашками – 1622 і плаванням – 1544. За цей період у країні було створено 144 фізкультурно-оздоровчі клуби, у 23 областях на базі 84 спецшкіл-інтернатів для інвалідів відкрито 168 спеціалізованих відділень паралімпійської і дефлімпійської підготовки.

Стала традиційною і дуже популярною в Україні Спартакіада для дітей «Повір в себе», яку організовують і проводять всеукраїнський і регіональні центри «Інваспорт».

Отримали розвиток такі нові види спорту, як голбол і баскетбол на візках. Голосно заговорили про себе виконавці танців на візках. Нова фаза розвитку прийшла і в стрілецький спорт.

Особливо заслуговує уваги **Центр паралімпійської і дефлімпійської підготовки**, побудований у місті Євпаторія на базі піонерського табору «Юний ленінець», загальною площею у 62,77 га. В.М. Сушкевичу вдалося не тільки врятувати від повного руйнування колишню дитячу здравницю, але і вдихнути в неї нове життя. Тепер у спортсменів-інвалідів на Кримському півострові є тихий і затишний куток, де вони можуть повнокровно готуватися до найвідповідальніших стартів.

У цьому центрі тепер ефективно проводять навчально-тренувальні збори плавці, для яких було побудовано відкритий басейн за найсучаснішим проектом. Друга частина кримського аквацентру – під дахом, тому з'явилася можливість тренуватися в Євпаторії протягом цілого року.

Тренувальний зал для пауерліфтерів оснащений великою кількістю різноманітних тренажерів і снарядів. Поряд знаходяться водно-оздоровчий комплекс і масажний кабінет.

Створено умови для представників таких видів спорту, як баскетбол, волейбол, настільний теніс і тих, кому необхідний хороший спортивний майданчик під дахом з найсучаснішим покриттям підлоги.

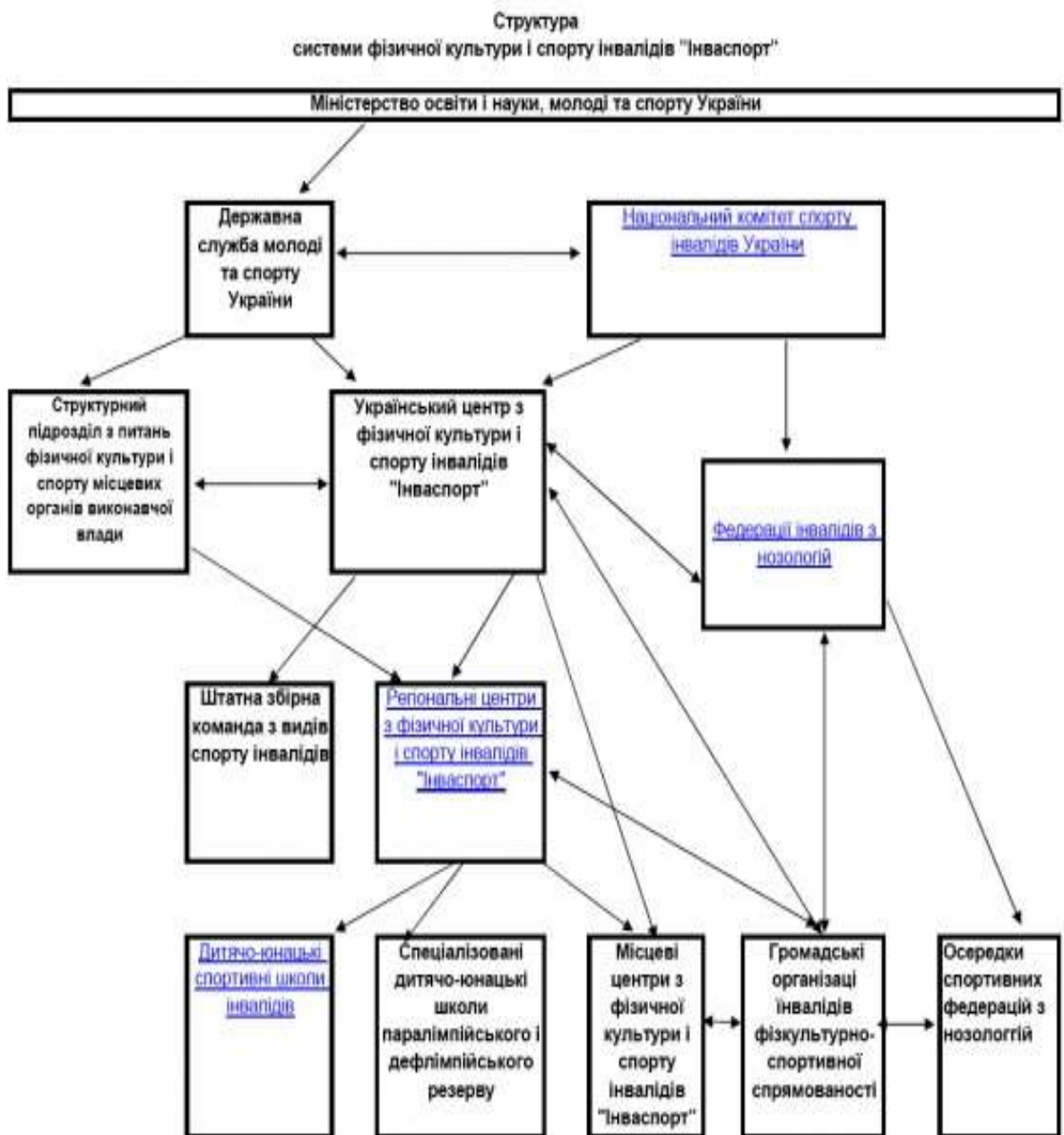


Рис. 4. Схема структури фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»

Побудовано бігові доріжки для легкоатлетів, стрибкові ями і літній стадіон для стрільби з лука, а також футбольні поля зі штучним і трав'яним покриттям, які здобули собі славу не тільки на Кримському півострові, але і по всій Україні. Достатньо сказати, що Національний центр у Євпаторії вже приймав міжнародні турніри з футболу, у яких брали участь збірні Бразилії, Ірану, Нідерландів та інших держав.

Для розміщення спортсменів, тренерів і гостей спортивного комплексу побудовано декілька комфортабельних корпусів. А найголовніше, тут усе передбачено для цивілізованого життя інвалідів. Є тут пандуси, ліфти і все інше, що так необхідно людям з обмеженими фізичними можливостями і чого немає на інших спортивних об'єктах України. Неповторне морське повітря, чистота води в зігнутій лінії акваторії, десятки метрів піщаного пляжу і така необхідна деколи тиша, дають можливість побути віч-на-віч із самим собою. Отже, відмінна навчально-тренувальна база може стати плацдармом для нових перемог і рекордів.

Перемоги українських спортсменів-інвалідів у Паралімпійських іграх XXI сторіччя. Дуже часто перед головними стартами збірна України з різних видів спорту, приїжджає до Криму, щоб один з ключових зборів провести саме тут, у Євпаторії. Так було у 2004 році перед Паралімпіадою в Греції. В *Афінах-2004* збірна України завоювала 24 золотих, 12 срібних і 19 бронзових медалей, посівши 6 загальнокомандне місце.

Блискучим був старт Віктора Смірнова, який не тільки відкрив рахунок золотим нагородам національної збірної, але й завоював п'ять золотих, одну срібну й одну бронзову медаль, заслуживши вище звання країни – Герой України, яке і було йому присвоєно після повернення на батьківщину.

Олександр Мащенко, Дмитро Алексєєв, Сергій Кліпперт, Сергій Демчук, Андрій Каліна та Олена Акопян – команда плавців, що повернулися додому у званні паралімпійських чемпіонів. А всього у плавців збірної України 12 золотих, 8 срібних і стільки ж бронзових медалей.

Великі успіхи були досягнуті і в легкій атлетиці. Олександр Дорошенко з Луганська спочатку встановив новий світовий рекорд у штовханні ядра, а наступного дня змагань – у метанні диска. Антон Скачков з Черкас встановив світовий рекорд у стрибках в довжину і виграв чемпіонський титул у потрібному стрибку. Андрій Жильцов з Харкова був першим на стометрівці з новим паралімпійським рекордом. Світовий рекорд на дистанції 800 м і золота медаль належали тепер Олександру Дріге та Олександру Скачку.

Золоту медаль здобула Лідія Соловйова (тренер – Олександр Алфьоров), чемпіонка Паралімпіади-2004, володарка двох світових рекордів і першої золотої нагороди України на Паралімпійських іграх з пауерліфтингу.

Андрій Комар (тренер – Геннадій Яновський) став українським першопрохідцем у фехтуванні на візку, який здобув найвищий титул Паралімпіади.

Футбольна команда тренера Сергія Овчаренка в Афінах, по черзі розбивши у своїй підгрупі Ірландію (6:0) та Іран (6:2), втратила перемогу в матчі з аргентинцями-2:2, хоча і вела після першого тайму. У півфіналі українська команда здобула перемогу над російською (4:1), а у фіналі – над бразильською (4:1).

У січні 2005 року збірна України на *XX Дефлімпійських іграх* досягла найкращого результату за свою історію. 20 золотих, 17 срібних і 14

бронзових медалей, завойованих у Мельбурні, дозволили їй посісти перше загальнокомандне місце.

У **Турині-2006** українська команда, яка була однією з найчисленніших команд зимової Паралімпіади, виступаючи лише в лижних гонках і біатлоні, завоювала 7 золотих, 9 срібних і 9 бронзових нагород, що дозволило їй фінішувати третьою у загальнокомандному заліку.

Найкращою спортсменкою Паралімпійських ігор у Турині стала Олена Юрковська, завоювавши 4 золоті медалі. А перше золото на дистанції 12,5 км приніс нашій збірній Віталій Лук'яненко з міста Суми зі своїм гайдом Володимиром Івановим. Важкими були всі старты у Юрія Костюка (Луцьк), коли він в одному старті програв 0,6 с, а в іншому – виграв усі ті ж 0,6 с! Напевно, тим і було цінним його довгоочікуване золото на дистанції в 15 км. Кіровоградець Олег Мунц і його гайд Борис Бабар в останній день Паралімпіади на останній марафонській дистанції в 20 км завоювали сьоме золото нашої збірної, яке за дві години до закінчення Паралімпійських ігор у Турині утримувало українську збірну на другому місці у загальнокомандному заліку.

У **Пекіні-2008** році проходили XIII літні Паралімпійські ігри, які об'єднали близько 4000 атлетів з 147 країн світу. Національна паралімпійська команда України, до складу якої увійшло 124 спортсмена, гідно представила Україну на цьому найважливішому міжнародному спортивному форумі. Українські атлети змагалися в одинадцяти видах спорту (легка атлетика, плавання, фехтування на візках, стрільба з лука, футбол ДЦП, стрільба кульова, веслування академічне, пауерліфтинг, настільний теніс, волейбол сидячи (жінки) та дзюдо) із двадцяти, представлених Паралімпіадою-2008. При цьому завоювали четверту позицію у загальному командному заліку після лідерів Ігор – команд Китаю, Великобританії та США, залишивши позаду практично всі держави світу. Сенсаційно високим результатом української збірної стали 74 медалі, з яких 24 золотих, 18 срібних та 32 бронзові. До речі, саме на цих XIII Паралімпійських іграх наші атлети вписали в історію спорту 22 світові та паралімпійські рекорди.

На **XXI літніх Дефлімпійських іграх**, що проводилися у вересні 2009 року у місті Тайпей (Тайвань) українська збірна була представлена 147 спортсменами в 20 видах спорту і посіла почесне друге місце за кількістю медалей у загальнокомандному заліку після російської збірної.

До складу збірної команди, яку було відряджено до **Ванкувера у 2010 році** на зимові X Паралімпійські ігри, увійшли відомі всьому світові українські паралімпійці: Юрковська Олена, Павленко Людмила, Трифонова Світлана, Батенкова Юлія, Костюк Юрій, Лук'яненко Віталій, Мунц Олег, Хижняк Сергій. До лідерів паралімпійського спорту приєдналися молоді спортсмени, які стали переможцями багатьох етапів Кубку світу, чемпіонатів світу та посіли провідні місця у міжнародному рейтингу, як у біатлоні, так і лижних гонках, практично обновили команду на 60%. Серед них можна відмітити виступи таких спортсменів, як Кононова Олександра, Тимошенко Тетяна, Вовчинський Григорій. Отже, на X зимових Паралімпійських іграх

Україну представляла команда складом 26 спортсменів, серед яких 19 спортсменів-паралімпійців та 7 спортсменів-лідерів. Унікальною особливістю зимової національної паралімпійської команди України була надзвичайно широка репрезентативність регіонів України: до складу команди входили представники 10 регіонів України (Київської обл. та м. Києва, Волинської обл., Кіровоградської обл., Чернігівської обл., Івано-Франківської обл., Черкаської обл., Харківської обл., Львівської обл., Сумської обл.).

Вперше за всю історію участі України на зимових Паралімпійських іграх наші спортсмени змагалися у трьох видах спорту з п'яти, представлених Паралімпіадою-2010: лижні гонки, біатлон, гірськолижний спорт (вперше!). Спортсмени-паралімпійці з України взяли участь у двох дистанціях з біатлону (довга та коротка дистанції); у трьох з лижних гонок (коротка дистанція вільним стилем, середня і довга дистанція класичним стилем), в естафеті (жінки 3 x 2,5 км, а чоловіки – 1 x 4 км та 2 x 5 км), а також один спортсмен дебютував у гірськолижному спорті у двох видах змагань (слалом, гігантський слалом).

До змагань зимової Паралімпіади-2010 у лижних гонках та біатлоні спортсменів готували заслужені тренери України: Казаков Валерій Миколайович, Сторожок Володимир Петрович, Ворчак Микола Васильович, а також спортсмени-лідери, які супроводжують спортсменів з вадами зору по дистанціях (Іванов Володимир, Бабар Борис, Казаков Віталій, Артёмін Дмитро, Кучерявий Сергій); у гірськолижному спорті – тренер Лобас Наталія Романівна та технічно-адміністративний персонал.

Загалом національна паралімпійська делегація України нараховувала 47 осіб і посіла п'яте місце в загальнокомандному заліку, вигравши 19 медалей: 5 золотих, 8 срібних та 6 бронзових.

XIV літні Паралімпійські ігри у *Лондоні-2012* стали найуспішнішими для України. На Паралімпіаду до Лондона було відряджено 155 українських спортсменів-паралімпійців, серед яких були і молоді спортсмени, і неодноразові переможці європейських та світових змагань. Українці змагалися у 12 видах спорту і завойовували 84 медалі, з яких 32 золоті, 24 срібні і 28 бронзові медалі. Тоді Україна посіла 4 місце у загальнокомандному заліку після Китаю, Росії та Великобританії.

Золоті нагороди з плавання здобули спортсмени-паралімпійці: Веракса Максим (2 рекорди Паралімпійських ігор), Калина Андрій, Богодайко Євгеній (2 рекорди світу, Європи, Паралімпійських ігор), Федина Олексій (рекорд Паралімпійських ігор), Прологаєва Наталія (2 рекорди світу, Європи, Паралімпійських ігор), Смирнов Віктор, Юрченко Христина (рекорд Європи), Бойко Геннадій (рекорд світу, Європи, Паралімпійських ігор), Мустафаєв Ескандер, Савцова Вікторія (рекорди Паралімпійських ігор), Хруль Оксана (рекорд світу, Європи, Паралімпійських ігор) і Залевський Дмитро (рекорд Європи). Справжньою героїнею нашої команди стала Прологаєва Наталія, здобувши 3 золоті та 1 срібну медаль.

Перші місця нашої команді з дзюдо принесли спортсмени з ураженням зору: Хорава Давид, Косінов Олександр та Соловей Дмитро.



Рис. 5. Спортсмени-паралімпійці, їх тренери та керівники у Лондоні на XIV літніх Паралімпійських іграх

У легкій атлетиці золоті медалі завоювали Палик Роман (стрибки у довжину, рекорд Європи у бігу на 200 м), Зубковська Оксана (рекорд світу у стрибках у довжину), Царук Юрій (рекорд Європи у бігу 100 м, рекорд світу у бігу 200 м), Помазан Марія (рекорд світу у штовханні ядра), Катишев Руслан (стрибки у довжину) і Голівець Андрій (рекорд Європи у штовханні ядра).

У кульовій стрільбі золоту нагороду здобув Ковальчук Василь (R-5-пневматична гвинтівка, лежачи), встановивши рекорд Паралімпійських ігор.

В академічному веслуванні золоту нагороду команді України принесла Лисенко Алла, у велосипедному спорті – 2 золоті медалі, завойовані Дементьєвим Єгором.

У фехтуванні на візках Дацко Антон здобув срібну медаль.

Почесне II місце посіла збірна команда України з футболу ДЦП, яку представляли Антонюк Володимир, Гетун Олексій, Девлиш Олександр, Доценко Іван, Дутко Тарас, Зінов'єв Євген, Косенко Ігор, Пономарьов Денис, Симашко Костянтин, Трушев Віталій, Шевчик Анатолій, Шкварло Іван.

Бронзову нагороду Україні у Лондоні здобула збірна жіноча команда з волейболу сидячи, до складу якої увійшли Брік Валентина, Клочкова Лариса, Кузнєцова Галина, Мананкова Олена, Осетинська Інна, Пономаренко Лариса,

Приваліхіна Маргарита, Сінчук Лариса, Шатило Ольга, Чуркіна Анжеліка та Юдіна Ілона.

Україна з гордістю вітала своїх переможців XIV літніх Паралімпійських ігор і бажала їм перемог у майбутньому.

3.2. РОЗВИТОК АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ І СПОРТУ НА ДНІПРОПЕТРОВЩИНІ

Заснування адаптивного спорту на Дніпропетровщині. Формування спортивного руху інвалідів в Україні почалося у 1989 р. Саме у цей час почали створюватися фізкультурно-спортивні та оздоровчі клуби інвалідів. У подальшому ці громадські об'єднання стали основою для створення спортивних федерацій для інвалідів різних нозологій. Громадськість інвалідів активно виборювала визнання державою соціальної значущості свого фізкультурно-спортивного руху та необхідності відповідної державної підтримки. Завдяки зусиллям громадських організацій інвалідів масовий спорт інвалідів стрімко набував обертів. Цьому процесу сприяло створення в Україні унікальної, і поки що єдиної в світі, державної системи фізичної культури і спорту інвалідів – «Інваспорт».

Вперше збірна команда країн СНД взяла участь у Паралімпійських іграх у 1992 р. у Барселоні (Іспанія). Волейбольна команда нашої молоді країни увійшла до складу збірної СНД і назавжди закріпила за собою ім'я першопрохідців. А в наступному 1993 р. рішенням уряду України було створено Український центр фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт». У тому ж році 1 липня спільним рішенням комітету з фізичної культури і спорту Дніпропетровської облдержадміністрації та Дніпропетровською обласною радою профспілок вперше в Україні було створено Дніпропетровський обласний центр фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт». Новостворений обласний центр «Інваспорт» об'єднав діяльність 5 фізкультурно-спортивних клубів інвалідів у містах Дніпродзержинськ (ФСЮ «Дніпро»), Дніпропетровськ (ДАФіСІ «Оптиміст», «Меркурій»), Кривий Ріг (ФСЮ «Олімп»), Нікополь (ФОЮ «Фенікс») та спортивних секцій обласних товариств глухих (УТОГ) і сліпих (УТОС).

За два роки становлення (1993-1994 рр.) почалися заняття у спортивних секціях обласного центру «Інваспорт» з 6 видів спорту (легка атлетика, плавання, волейбол сидячи, пауерліфтинг і спортивне орієнтування), які відвідували 272 інваліда з вадами слуху, зору, опорно-рухового апарату, а до фізкультурно-спортивної реабілітації було залучено 515 інвалідів.

Інтенсивна робота тренерського штабу і спортсменів вже у перші роки становлення була спрямована на високі результати. Дніпропетровські спортсмени з вадами слуху Ірина Кузнецова (легка атлетика, 2 місце) та Вадим Юр'єв (волейбол, 1 місце) дебютували на XVII Дефлімпійських іграх

(м. Софія, Болгарія) і принесли області перші медалі цього всесвітнього форуму.

У цей час зі спортсменами почали працювати тренери-першопрохідці паралімпійського руху Ірина Двоскіна (легка атлетика), Юрій Вдовиченко (плавання), Владимир Сансієв (пауерліфтинг) та інші.

Спортсмени з ураженнями опорно-рухового апарату Іван Головань та Дмитро Маріненко вперше брали участь у складі національної збірної України в Кубках світу з пауерліфтингу. Плавці Валентина Різніченко, Клавдія Свістельникова, Тетяна Подзюбан і Валерій Сушкевич взяли участь у Чемпіонаті світу з плавання (о. Мальта) і теж отримали перемоги на блакитних доріжках і над собою.

Минуло трохи більше двох років з дня створення «Інваспорту», а кількість інвалідів, що займалися фізкультурно-спортивною реабілітацією, зросла більше ніж у 2 рази. Удвічі стало більше і тренерів, які прийшли працювати в «Інваспорт». У 1995 році чемпіонати області проводилися уже з 9 видів спорту серед спортсменів з вадами зору, слуху, опорно-рухового апарату, а збірні команди області брали участь у чемпіонатах України. Ірина Кузнецова стала чемпіонкою та срібним призером Чемпіонату Європи з легкої атлетики. Дніпропетровські спортсмени освоювали нові види спорту: горні лижі, спортивне орієнтування, пауерліфтинг. В області зріс авторитет спортивного руху інвалідів.

Вперше збірна команда України брала участь у Паралімпіаді на Х літніх Паралімпійських іграх у м. Атланта (США, 1996). До складу Паралімпійської збірної України увійшли 40% дніпропетровських спортсменів-інвалідів. З 9 паралімпійських нагород 5 медалей вибороли дніпропетровські спортсмени-паралімпійці. Високими спортивними результатами спалахнули зірки українського паралімпійського спорту – Олена Акопян (триразовий срібний призер з плавання), Юрій Андрюшин (3 місце, плавання), що представляли на Паралімпіаді Дніпропетровщину. Паралімпійську команду в Атланті очолював начальник Дніпропетровського обласного центру «Інваспорт» Валерій Михайлович Сушкевич, а поруч з ним була команда тренерів, лікарів, супроводжуючих.



Рис. 6. Чемпіонка і багаторазовий призер літніх Паралімпійських ігор з плавання, двократний призер зимових Паралімпійських ігор з лижних гонок і біатлону, заслужений майстер спорту України Олена Акопян

Кількість інвалідів, залучених до активної фізкультурно-спортивної реабілітації в області, у 1996 році збільшилася до 1637 осіб. Того ж року розпочала роботу Дніпропетровська обласна спеціальна дитячо-юнацька спортивна школа для дітей-інвалідів, створена спільною угодою Дніпропетровського обласного центру «Інваспорт» та управління освіти Дніпропетровської облдержадміністрації.

У 1997 р. відбулися Всесвітні ігри глухих (м. Копенгаген, Данія) та Ігри інвалідів з наслідками дитячого-церебрального паралічу, чемпіонати Європи з плавання та пауерліфтингу, де дніпропетровські спортсмени вибороли 10 нагород різного ґатунку. Чемпіонами стали Вадим Юр'єв (волейбол), Тамара Кулініч (пауерліфтинг); призерами – Олена Акоп'ян (плавання), Едуард Луцьов (пауерліфтинг), Ірина Кулікова (легка атлетика). Дніпропетровський обласний центр «Інваспорт» посів друге місце серед регіональних центрів зі спорту вищих досягнень.

У цей же рік футбольна збірна команда України, яка складалася з молодих і перспективних спортсменів, виграла 4 місце на Всесвітніх іграх та одержала право брати участь у Чемпіонаті світу в Бразилії. Для нашої команди почалася нова історія великого футболу. Під керівництвом тренера Сергія Овчаренка формувалася команда майбутнього, яка ще не раз голосно заявить про себе як краща команда планети.

У 1997 році тривала велика та важка тренувальна робота з підготовки команди лижників і біатлоністів для участі у зимових Паралімпійських іграх Нагано-98. І знову кістяк збірної країни складали представники Дніпропетровська – Ірина Кіриченко, Тамара Кулініч, Олена Акоп'ян, Світлана Трифонова.

В області щорічно зростала кількість інвалідів, які вирішили пов'язати своє життя зі спортом. У 1998 році налічувалось уже 2100 осіб, що відвідували реабілітаційні та фізкультурно-спортивні заняття.

Дніпропетровські провідні спортсменки України: Олена Акоп'ян, Світлана Трифонова, Тамара Кулініч – розпочали рік з тріумфу дніпропетровського паралімпійського спорту на зимових Паралімпійських іграх у м. Нагано (Японія). Вони підкорили лижні траси та відкритими їй добрими посмішками зробили японських глядачів уболівальниками української команди. Тріумф української команди підготувала дніпропетровська команда на чолі з президентом Національного комітету спорту інвалідів України В.М. Сушкевичем.

Наступну перемогу Україні у футбольній країні Бразилії на чемпіонаті світу з футболу ДЦП виборола національна збірна, до складу якої входило 5 дніпропетровських спортсменів. Дніпропетровський обласний центр «Інваспорт» упевнено вийшов на перше місце серед регіональних центрів спорту вищих досягнень.

У 1999 році в Україні проводилися Всеукраїнські літні спортивні ігри під патронатом Президента України Л.Д. Кучми. За підсумками виступу Дніпропетровський обласний центр опинився на першому місці.



Рис. 7. Національна збірна команда України з футболу ДЦП

У цьому ж році дніпропетровські спортсмени у складі національних збірних команд на Чемпіонаті світу з легкої атлетики (УОРА), чемпіонатах Європи з легкої атлетики (ураження слуху), плавання (УОРА, ураження зору), волейболу (ураження слуху), пауерліфтингу (УОРА), футболу ДЦП вибороли 16 золотих, 10 срібних та 7 бронзових нагород. Знову Дніпропетровський обласний центр «Інваспорт» посів перше місце серед регіональних центрів спорту вищих досягнень. Звання «Майстер спорту України міжнародного класу» отримали 8 дніпропетровських спортсменів, «Майстер спорту України» – 5 спортсменів. Дніпропетровщина відзначила стипендіями облдержадміністрації 10 кращих спортсменів області, серед яких Кузнєцова Ірина, Акоюн Олена, Трифонова Світлана, Кабанов Володимир, Данилов Андрій, Кулікова Ірина та інші.

Також 1999 р. відзначився тим, що на Чемпіонаті Європи у Бельгії українські футболісти розгромили всіх своїх суперників, а у фіналі одержали перемогу над збірою Нідерландів з рахунком 4:1.

Участь спортсменів-інвалідів Дніпропетровщини у міжнародних змаганнях ХХІ сторіччя. Рік 2000 приніс в Україну, і зокрема на Дніпропетровщину, дух паралімпійської боротьби, радість паралімпійських подолань та перемог. Це була особлива Паралімпіада в історії України. Вперше збірна нашої країни вирушила до Сіднею (Австралія) однією великою командою, у якій 67 спортсменів представляли Дніпропетровську область. Спортсмени України, поряд з 4000 паралімпійцями зі 125 країн, гідно представили Україну на Паралімпіаді, виборовши 37 нагород, серед яких 19 медалей вибороли дніпропетровські спортсмени: Акоюн Олена (3 срібні у плаванні), Андрюшин Юрій (1 золота, плавання), Бурлаков Руслан (2 бронзові), Дяченко Інна (1 бронзова, легка атлетика), Данилов Андрій

(2 бронзові, легка атлетика), Дзюба Роман (2 срібні, легка атлетика), Середин Данило (срібло та бронза, легка атлетика), Соловйова Лідія (срібло, пауерліфтинг), Османова Людмила (бронза, пауерліфтинг); Кабанов Володимир, Ковальський Микола, Цуканов Андрій, Жучинін Євген, Вакуленко Сергій (срібна медаль, футбол ДЦП).

Саме у 2000 році було створено міські центри «Інваспорт» у містах Дніпродзержинськ та Нікополь.

У 2001 р. у м. Першотравенськ розпочав роботу фізкультурно-спортивний клуб інвалідів «Віра». За статистикою, на той час в області понад 5150 інвалідів займаються активною реабілітацією засобами фізичної культури та спорту, заняття проводять 20 тренерів з різних видів спорту. У цей рік дніпропетровські спортсмени-інваліди вибороли на чемпіонатах України 38 перших місць, 23 других місця, 13 третіх, а на міжнародних змаганнях – 16 перших, 2 других і 2 третіх. За спортивні досягнення 3 провідних дніпропетровських спортсмени отримали звання «Заслужений Майстер спорту України», 3 – «Майстер спорту України міжнародного класу», 9 – «Майстер спорту України», 3 – «Заслужений тренер України».

У 2001 р. пройшли Всесвітні ігри з футболу в Англії, де збірна України у фіналі одержала перемогу над збірною Росії (3:1) і посіла почесне перше місце.

Найбільш видатними змаганнями 2001 р. були XIX Дефлімпійські ігри. До складу національної дефлімпійської збірної увійшли та гідно представили нашу область: Волкова Ірина (легка атлетика, 2 срібні медалі), Голуб Вікторія (2 золоті, срібна та бронзова нагороди), Юр'єв Вадим (срібло, волейбол).

У 2002 р. до фізкультурно-спортивної реабілітації вже залучено 6498 інвалідів. З ними проводять роботу 42 тренера з 11 видів спорту. У цей рік зимові Паралімпійські ігри в Солт-Лейк-Сіті (США) стали національним тріумфом мужності та волі українських спортсменів. Чотири нагороди в лижних гонках та біатлоні здобула Світлана Трифонова. Дніпропетровські спортсмени того року вибороли 6 золотих, 3 срібні, 1 бронзову медаль на чемпіонатах світу; 13 золотих, 1 срібну та 4 бронзові нагороди на чемпіонатах Європи. Дніпропетровський обласний центр «Інваспорт» впевнено посів 1 місце зі спорту вищих досягнень серед регіональних центрів «Інваспорт». До національних збірних команд України входило 88 дніпропетровських спортсменів з ураженнями зору, слуху, опорно-рухового апарату.

Наприкінці 2003 р. в області працювало вже 18 фізкультурно-спортивних об'єднань інвалідів, у тому числі 7 відділень Обласного центру «Інваспорт» у містах області. Фізкультурно-спортивною реабілітацією охоплено 8210 інвалідів області. Провідні спортсмени на чемпіонатах України, світу та Європи виборювали право представляти Україну на Паралімпіаді-2004 та Дефлімпійських іграх 2005 року. За підсумками року 27 спортсменів з ураженнями опорно-рухового апарату та 17 спортсменів з вадами слуху стали кандидатами на участь у всесвітніх форумах.

У 2003 р. на Чемпіонаті світу з футболу, що відбувався в Аргентині, збірна України, основу якої складали представники нашої області, виграла у фіналі у збірної Бразилії (3:1) і повернулася на батьківщину у статусі кращої футбольної команди планети.

У 2004 р. фізкультурно-спортивною реабілітацією охоплено 9512 інвалідів області. Зі спортсменами-інвалідами проводили роботу 72 тренера з 24 видів спорту серед інвалідів 4 нозологій.

У 2004 р. у складі офіційної паралімпійської делегації 20 дніпропетровських спортсменів взяли участь у ХІ Паралімпіаді в Афінах та вибороли 8 золотих, 2 срібних та 2 бронзових нагороди. За кількістю паралімпійських чемпіонів Дніпропетровщина посіла перше місце серед регіонів України та друге місце за кількістю вибороних нагород.

Лідером паралімпійського пауерліфтингу стала Лідія Соловйова, яка взяла золоту медаль у своїй категорії, а переможницею у плаванні стала Олена Акопян. Тріумфом завершила свій виступ футбольна команда, і на золотий п'єдестал піднялися 6 дніпропетровських гравців.

У 2004 р. в області велася напружена підготовка до Дефлімпійських ігор-2005.

У 2005 р. кількість залучених до активної фізкультурно-спортивної реабілітації збільшилася до 10087 інвалідів, з якими проводили навчально-тренувальну роботу понад 80 тренерів з різних видів спорту.

На Дефлімпійських іграх дніпропетровські легкоатлети з вадами слуху (тренер – А. Фатєєв), вибороли 5 нагород, у тому числі 4 срібних та 1 бронзову, а збірна України вперше у своїй історії посіла перше місце у загальнокомандному заліку.



Рис. 8. Чемпіонка і багаторазовий призер Паралімпійських ігор з пауерліфтингу, заслужений майстер спорту України Лідія Соловйова

У 2005 р. 14 нагород різного гатунку на Всесвітніх іграх серед спортсменів з наслідками дитячого церебрального паралічу завоювали дніпропетровські спортсмени: у легкій атлетиці Інна Дяченко, у пауерліфтингу Наталія Костіна, у настільному тенісі Михайло Попов, у футболі Володимир Кабанов, Тарас Дутко, Деніс Пономарьов, Сергій Вакуленко, Євген Жучинін, Андрій Цуканов. Три золотих медалі вибороли дніпропетровці на чемпіонаті Європи з пауерліфтингу.

У тому ж році було проведено 52 фізкультурно-спортивних та реабілітаційних заходи серед інвалідів області, дитяча спартакіада серед дітей-інвалідів, у якій взяли участь 1389 дітей.

Тріумфом для України завершилися зимові Паралімпійські ігри в Турині (Італія) у 2006 році. Збірна України з успіхом пройшла всі змагання і лише за дві години до закриття ігор поступилася другим місцем Німеччині у загальнокомандній боротьбі. У складі збірної команди Світлана Трифонова виборола срібну та бронзову паралімпійські нагороди.

У складі національних збірних команд України з 3 видів спорту участь у міжнародних змаганнях взяли 11 дніпропетровських спортсменів. Серед них на Чемпіонаті світу з легкої атлетики дніпропетровські спортсмени вибороли 5 золотих, 1 срібну та 2 бронзових нагороди, на Чемпіонаті світу з пауерліфтингу – 1 золоту медаль.

У 2006 р. було також проведено 8 обласних чемпіонатів з легкої атлетики та пауерліфтингу серед інвалідів. Загальна кількість учасників міських та обласних заходів нараховувала 1222 спортсмени-інваліди. Дніпропетровські спортсмени-інваліди (653 особи) взяли участь у 96 всеукраїнських заходах. Дніпропетровські спортсмени вибороли на чемпіонатах та кубках України 42 золотих, 26 срібних та 29 бронзових нагород.

На Чемпіонаті Європи з футболу, що проходив у Дубліні (Ірландія), українська збірна виграла фінальний поєдинок у збірної Росії – 4:1. Кістяк збірної та її головний тренер Сергій Овчаренко представляли Дніпропетровщину.

Навесні 2006 р. у Дніпропетровську ухвалюється рішення про створення першої української команди з академічного веслування. Починали цю славу справу тренери Руслан Максимов і Юрій Бондаренко. Дніпропетровськ у черговий раз підтвердив, що є батьківщиною паралімпійського спорту в Україні.

2007 рік присвячено посиленій підготовці до Паралімпійських ігор у Пекіні і завоювання ліцензій. Так, збірна країни з плавання, до якої увійшли 39 спортсменів, вирушає на Чемпіонат Європи до Дубліна. У її складі були представники Дніпропетровщини: Ганна Єлісаветська, Євгеній Полтавський, Андрій Сироватченко, Тарас Ястремський, Максим Ісаєв і дебютантка Дар'я Копаєва.

На Чемпіонаті Європи з волейболу сидючи жіноча збірна України, яка складалася, в основному, з представниць Дніпропетровщини, стала срібним

призером. Тренували збірну країни представники Дніпропетровської області Віктор Тимошенко і Ярослав Малойван.

На Чемпіонаті світу в Бразилії з футболу українці виборюють почесне третє місце, перегравши в останній грі господарів турніру з рахунком 2:0.

Протягом усього року тривають посилені тренувальні процеси у спортивних залах, на бігових і плавальних доріжках. Збірна країни з академічного веслування завойовує ліцензію на право виступу в Пекіні.

Головною подією 2008 р. стали Паралімпійські ігри в китайській столиці, де 4000 спортсменів з 147 країн змагалися у 20 видах програми, включаючи 471 дисципліну. У цей рік вперше у своїй історії збірна України змогла завоювати почесне четверте місце, маючи в активі 74 медалі. З них 24 були золотими, 18 – срібними і 32 бронзовими. Свій внесок у загальнокомандну перемогу зробили і представники Дніпропетровської області. У плаванні володаркою золотої медалі стала Ганна Єлісаветська (50 м на спині), а Тарас Ястремський, Андрій Сироватченко і Євгеній Полтавський з тренером Геннадієм Вдовіченком стали бронзовими призерами в естафеті 4х100м.



Рис. 9. Заслужений майстер спорту України з плавання серед спортсменів з ураженнями опорно-рухового апарату Ганна Єлісаветська

У легкій атлетиці підопічна заслуженого тренера України Віталія Сорочана Оксана Ботурчук з новим рекордом Паралімпійських ігор стала чемпіонкою на стометрівці і двічі підіймалася на другу сходинку п'єдесталу пошани після дистанцій на 200 і 400 м. Її колега по команді Інна Дяченко виграла забіги на 100 і 200 м, а Микита Сенник, один з наймолодших спортсменів збірної України, став бронзовим призером на дистанціях 100 і 200 м.

Другу Паралімпіаду поспіль звання найсильнішої спортсменки на планеті утримувала вихованка Олександра Алфьорова – Лідія Соловійова, вагова категорія до 40 кг. У Пекіні Лідія встановила новий паралімпійський рекорд у пауерліфтингу (105,5 кг).

Олександр Петренко в академічному веслуванні завоював срібну медаль.

З блиском пройшли всю дистанцію футбольного турніру майстра шкіряного м'яча підопічні Сергія Овчаренка, які повторили успіх Афін і знову стали найкращими. У складі команди-чемпіона – Костянтин Симашко, Андрій Цуканов, Тарас Дутко, Анатолій Шевчик, Денис Пономарьов і Микола Міхалік, які є представниками Дніпропетровської області.

У різних видах спорту велику допомогу надавали нашим спортсменам дніпропетровські лікарі Олег Сурков, Юрій Дідовець, Олена Максимова і Ганна Алфьорова.

У 2009 р. жіноча збірна команда України з волейболу сидючи повторила успіх 2007 р. і знову повернулася додому з Польщі у званні віце-чемпіонок Європи. З дев'яти спортсменок – шість представляли Дніпропетровськ. Це Галина Кузнєцова, Ілона Юдіна, Маргарита Пріваліхіна, Лариса Клочкова, дебютантка і відкриття турніру Лариса Пономаренко, і наймолодша спортсменка на Чемпіонаті Європи 14-річна Олена Мананкова.

У липні 2009 р. збірна України з академічного веслування вперше у своїй історії виграла звання чемпіонів світу у польському місті Познань, а дніпропетровські спортсмени Ірина Киріченко і Дмитро Іванов завоювали золоті медалі. Слід особливо відзначити, що цьому виду спорту трохи більше двох років, і зародився він саме в Дніпропетровську.

Головною подією 2009 р. стали XX Дефлімпійські ігри, які проходили у Тайпеї (Тайвань). Українська збірна посіла друге загальнокомандне місце, завоювавши 67 медалей, з яких 20 золотих, 22 срібних і 25 бронзових.

Вперше в українській дефлімпійській команді з'явився дзюдоїст – Дмитро Шеретов. Дебютант успішно пройшов усю турнірну дистанцію і завоював золоту медаль.



Рис. 10. Чемпіон Дефлімпійських ігор з дзюдо Дмитро Шеретов

Успіх свого земляка продовжила і Юлія Шаповал, яка до золотої медалі на дистанції 400 м з бар'єрами додала ще дві срібні нагороди на дистанціях 100 м з бар'єрами і в естафеті 4х400 м. Марія Головка на дистанції 3000 м з перешкодами стала бронзовим призером Дефлімпійських ігор. Таку ж нагороду зуміла завоювати і Вікторія Голуб, тільки в бігу на 1500 м. У плаванні Наталія Корнієнко завоювала срібло на дистанції 50 м брасом.

Особливий успіх випав на долю українських футболістів. Вперше у своїй історії їм вдалося не тільки з блиском пройти весь марафон важких поєдинків, але і переграти у фіналі команду Росії – 3:2. У складі переможців, окрім тренера Олександра Куниці, були воротар Дмитро Українець, капітан команди Дмитро Пучков та гравець Ігор Хозяїнов.

Успішними для спортсменів-інвалідів Дніпропетровської області стали Паралімпійські ігри-2012 у Лондоні, де вони завоювали 4 золотих, 6 срібних і 14 бронзових нагород.

Золоті медалі вибороли спортсмени з ураженням опорно-рухового апарату Лисенко Алла (академічне веслування) і Царук Юрій (біг 100 і 200 м), а також з ураженням зору Хорава Давид (дзюдо). В одному з інтерв'ю Юрій Царук, студент 5 курсу Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту, сказав: «Я пишаюся тим, що двічі змусив Олімпійський стадіон у Лондоні слухати гімн України».

Друге місце посіли Стрижак Інна (УОРА) у стрибках у довжину, Ботурчук Оксана (ураження зору) у бігу 400 м, Єлісаветська Ганна (УОРА) у плаванні, Дутко Тарас, Пономарьов Денис та Симашко Костянтин у футболі ДЦП.



Рис. 10. Чемпіон Паралімпійських ігор-2012 у легкій атлетиці
Юрій Царук

Бронзові нагороди здобула Стрижак Інна у бігу 100 і 200 м, Ботурчук Оксана у бігу 100 м, а також Лідія Соловйова у пауерліфтингу.



Рис. 11. Заслужений майстер спорту України Інна Стрижак

Бронзові медалі завоювала збірна жіноча команда України з волейболу сидячи, до складу якої увійшли спортсменки з Дніпропетровської області: Брік Валентина, Клочкова Лариса, Кузнецова Галина, Мананкова Олена, Пономаренко Лариса, Приваліхіна Маргарита та Юдіна Ілона.



Рис. 12. Жіноча збірна команда України з волейболу сидячи

Сьогодні в секціях обласного центру «Інваспорт», у 18 фізкультурно-спортивних об'єднаннях інвалідів, обласній дитячо-юнацькій спеціальній

школі для дітей-інвалідів систематично займаються 3540 інвалідів області з 11 видів спорту, серед них понад 540 дітей.

До реабілітації засобами фізичної культури та спорту залучено 10087 інвалідів області. За десять років підготовлено 11 заслужених майстрів спорту України; 25 майстрів спорту України міжнародного класу; 59 майстрів спорту України, яких виховали 7 заслужених тренерів України. Дніпропетровські спортсмени-паралімпійці неодноразово виборювали медалі на найпрестижніших чемпіонатах світу, Європи та літніх і зимових Паралімпійських іграх. Дефлімпійці нашого регіону теж вписали яскраві сторінки у літопис українського спортивного руху високими спортивними досягненнями. Дніпропетровщина, справедливо й безперечно, є лідером серед регіонів України у спортивному русі інвалідів.

Контрольні питання до розділу 3

1. Хто став засновником Паралімпійських ігор?
2. Як з'явився Центр фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт»? Яку роботу він проводить?
3. Що являє собою Центр паралімпійської і дефлімпійської підготовки у м. Євпаторія?
4. Назвати видатних спортсменів-паралімпійців і спортсменів-дефлімпійців України.

Завдання для самостійної роботи до розділу 3

1. Занотувати схему структури фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт».

Література до розділу 3

1. Адирхаєв С. Актуалізація фізичного виховання та спорту студентської молоді України з особливими потребами / С. Адирхаєв // Спортивний вісник Придніпров'я. – 2006. – №2. – С. 142-144.
2. Байкина Н.Г. Основы инвалидного спорта: учебное пособие / Н.Г. Байкина, Я.В. Крет. – Запорожье: ЗГУ, 2002. – 58 с.
3. Бріскін Ю.А. Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади : Навч. посібник / Ю.А. Бріскін – Л.: Ахіл, 2003. – 127 с.
4. Винник Д.П. Адаптивное физическое воспитание и спорт / [Винник Д. П.] ; под ред. Джозефа П. Винника ; [пер. с англ. И. Андреев]. – К.: Олимпийская литература, 2010. – 608 с.
5. Карасаева Л.А. Роль физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий в профессиональной реабилитации инвалидов / Л.А. Карасаева // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №1(29). – С. 8-11.
6. Мудрік В. Спортивний рух інвалідів у системі міжнародного олімпійського спорту / В. Мудрік // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2009. – № 2. – С. 24-28.

7. Теория и организация адаптивной физической культуры: В 2 т. / Под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – Т.1: Введение в специальность. История, организация и общая характеристика адаптивной физической культуры. – 296 с.
8. Толмачев Р.А. Адаптивная физическая культура и реабилитация слепых и слабовидящих / Р.А. Толмачев. – М.: Советский спорт, 2004. – 108 с.
9. Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание / Р.В. Чудная. – К.: Наукова думка, 2000. – 358 с.

Електронні ресурси до розділу 3

1. Міжнародний спортивний комітет глухих. – Режим доступу: <http://www.ciss.org/>
2. Міжнародна федерація спорту сліпих. – Режим доступу: <http://www.ibsa.es/>
3. Міністерство молоді та спорту України – Режим доступу: <http://dsmsu.gov.ua/>
4. Національний комітет спорту інвалідів України. – Режим доступу: <http://www.paralympic.org.ua>
5. Паралімпійський спорт в Україні (блог Сергія Аллахвердяна). – Режим доступу: <http://invasport.org.ua/category/paralimpiyskie-igri-2012-london>
6. Положення про Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів «Інваспорт» – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0735-00>
7. Спеціальна Олімпіада України. – Режим доступу: <http://www.specialolympics.org.ua/>
8. Спортивна федерація глухих України. – Режим доступу: <http://www.deafsport.org.ua/>

ВСЕСВІТНЯ ДОПОВІДЬ ПРО ІНВАЛІДНІСТЬ (скрочено)

Резюме

Інвалідність – одна зі складових людського існування. Майже кожна людина протягом життя може мати тимчасові чи постійні порушення, а ті, що доживуть до старшого віку, можуть переживати ще більші труднощі з функціонуванням. Інвалідність – це складне явище, а міри втручання для подолання шкоди, обумовленої інвалідністю, мають комплексний та системний характер і варіюються залежно від конкретних умов.

Мета «Конвенції про права інвалідів» (КПІ), прийнятої Організацією Об'єднаних Націй у 2006 році, полягає у «заохоченні, захисті та забезпеченні повного і рівного здійснення усіма інвалідами усіх прав людини та основних свобод, а також заохоченні поваги до притаманної їм гідності». Конвенція відображає основне зрушення у глобальному розумінні проблеми інвалідності та міри реагування на неї.

Що ми знаємо про інвалідність?

Більш високі оцінки розповсюдженості

За оцінками, понад мільярд осіб, або близько 15% населення світу (згідно з оцінкою глобальної чисельності населення 2010 року) живуть з певною формою інвалідності. Це вищий показник, ніж попередня оцінка, зроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1970-х роках, яка становила тоді 10%.

Зростаючі цифри

Чисельність інвалідів зростає. Це відбувається у зв'язку зі старінням населення – люди похилого віку високою мірою піддані ризику інвалідності, а також через глобальне зростання хронічних станів, таких як діабет, серцево-судинні хвороби та психічні захворювання. У країнах з низьким та середнім рівнем прибутків на долю хронічних захворювань припадає, за оцінками, 66,5% загальної кількості років, прожитих з інвалідністю. На моделі інвалідності в окремо узятій країні впливають тенденції розвитку факторів навколишнього середовища та інших чинників, таких як дорожньо-транспортні пригоди, природні катастрофи, конфлікти, харчування та зловживання наркотичними речовинами.

Уразливі групи населення

Інвалідність непропорційно широко зачіпає вразливі групи населення. Результати «Всесвітнього огляду у галузі охорони здоров'я» свідчать про більшу розповсюдженість інвалідності у країнах з низьким прибутком, ніж у країнах з вищим прибутком.

Що таке перешкоди, пов'язані з інвалідністю?

КПІ підкреслює роль навколишнього середовища у полегшенні або ускладненні участі інвалідів у соціальному житті. У цій доповіді представлено широкі дані про перешкоди, до числа яких належать такі:

- Неадекватна політика і стандарти. При розробці політики держави не завжди враховуються потреби інвалідів.
- Негативне ставлення. Упередження і забобони сприяють створенню перепон на шляху до освіти, зайнятості, медико-соціальної допомоги та участі у соціальному житті.
- Нестача послуг. Інваліди значною мірою більш вразливі щодо дефіциту таких послуг, як медико-санітарне обслуговування, реабілітація, а також підтримка та допомога.
- Проблеми з наданням послуг. Слабка координація послуг, недостатнє кадрове забезпечення та низький рівень професійної підготовки персоналу можуть відбитись на якості, доступності та адекватності послуг для інвалідів.
- Недостатнє фінансування. Ресурси, що виділяють на здійснення заходів політики або планів, часто недостатні.
- Відсутність доступності. Численні будівлі (у тому числі місця громадського використання), транспортні системи та інформація не є доступними всім. Відсутність доступу до транспорту є для інвалідів розповсюдженою причиною відмови від пошуків роботи або фактором, що обмежує доступність охорони здоров'я.
- Неадекватні інформація та комунікація. У доступних форматах є мало інформації, а численні потреби інвалідів у галузі комунікації не задовольняються. Люди, що нечують, часто терплять незручності стосовно доступу до сурдоперекладу. У деяких випадках у них може не бути доступу навіть до базових продуктів та послуг таких, як телефонія, телебачення та Інтернет.
- Відсутність консультування і залучення до суспільного життя. Більшість інвалідів беруть участь у процесах прийняття рішень з питань, які безпосередньо впливають на їх життя.
- Відсутність даних і досвіду. Нестача точних та адекватних даних про інвалідність, а також досвіду здійснення ефективних програм може перешкоджати розумінню проблем і практичним діям. Обізнаність про загальну чисельність та умови життя інвалідів може сприяти підвищенню ефективності зусиль, спрямованих на долаття перешкод, пов'язаних з інвалідністю, що дозволить інвалідам брати участь у суспільному житті.

Як впливає інвалідність на життя людей?

Перепони, пов'язані з інвалідністю, посилюють соціальну недостатність, яку переживають люди з інвалідністю.

Більш низькі результати стосовно здоров'я. Усе більше даних дозволяє зробити висновок, що рівень здоров'я інвалідів нижчий, ніж у населення в

цілому. Залежно від групи населення і конкретних умов інваліди можуть опинитися більш уразливими для передбачуваних вторинних патологічних станів та вікових захворювань. Деякі дослідження також доводять, що серед інвалідів підвищені показники ризикованої поведінки, наприклад паління, неправильний раціон харчування та малорухомий спосіб життя. Крім того, в інвалідів підвищений ризик піддаватися насильству. Незадоволення потреб інвалідів у реабілітації (враховуючи потребу у допоміжних пристроях) може призвести до незадовільних результатів, враховуючи загальне погіршення стану здоров'я, обмеження у діях, погіршення якості життя.

Більш низькі досягнення у галузі освіти. У дітей з інвалідністю нижча вірогідність бути прийнятими до школи, ніж у їх однолітків – неінвалідів; крім того, у них нижчі показники тривалості навчання та переходу до наступного класу. Розрив у показниках отримання закінченої освіти наявний в усіх вікових групах, як у країнах з малими доходами, так і в країнах з великими доходами, причому така тенденція більш чітко виражена у порівняно бідних країнах.

Менш висока економічна активність. У людей з інвалідністю вищою є імовірність безробіття, і в цілому вони заробляють менше, ніж неінваліди. Глобальні дані «Всесвітнього огляду в галузі охорони здоров'я» демонструють, що зайнятість серед чоловіків-інвалідів (35%) та жінок-інвалідів (20%) нижча, ніж серед неінвалідизованих чоловіків (65%) та жінок (30%). Недавнє дослідження, здійснене Організацією економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), доводить, що у 27 країнах світу інваліди працездатного віку потерпають від значних незручностей на ринку праці та досягають на ньому гірших результатів, ніж неінвалідизовані особи працездатного віку. У середньому показник зайнятості серед інвалідів (44%) був майже удвічі нижчим, ніж серед інвалідів (75%).

Високі показники бідності. Таким чином, у людей з інвалідністю спостерігається більш високий рівень бідності, ніж у неінвалідів. У середньому, інваліди і родини, де є інвалід, зіштовхуються з більш високим рівнем знедолення, враховуючи відсутність продовольчої безпеки, погані житлові умови, незадовільний доступ до безпечних систем водопостачання та каналізації, до медико-санітарної допомоги, а також володіють меншими активами, ніж неінвалідизовані особи та сім'ї без інвалідів.

Люди з інвалідністю можуть нести додаткові витрати на персональну підтримку, медичний догляд і допоміжні пристрої. Через ці витрати інваліди та їх родини виявляються біднішими за неінвалідів з аналогічним доходом. У країнах з низьким доходом в інвалідів на 50% вища імовірність значних витрат на медичне обслуговування, ніж у неінвалідів.

Збільшення залежності та обмеження участі. Надія на інституціональні рішення, відсутність можливостей для життя у спільноті та незадовільна якість послуг призводять до ізоляції інвалідів і роблять їх залежними від інших людей.

У більшості випадків підтримка, яка надається інвалідам, надходить від членів їх сімей або від систем соціального захисту. Але надія виключно на

неформальну підтримку може спричинити серйозні наслідки, враховуючи стрес, ізоляцію та втрачені соціально-економічні можливості. Ці труднощі зростають зі старінням членів родини.

Долання перешкод нерівності

У цій доповіді узагальнено найкращий наявний науковий досвід подолання перешкод, з якими інваліди стикаються у сферах охорони здоров'я, реабілітації, підтримки і допомоги, зовнішнього середовища, освіти і зайнятості. У нашому огляді представлено основні напрями покращення якості життя людей з інвалідністю відповідно до вимог «Конвенції про права інвалідів» (КПІ).

Долання перепон, що перешкоджають отриманню медико-санітарної допомоги. Підвищення інклюзивності сучасних систем медико-санітарної допомоги на усіх рівнях і розширення економічної доступності для інвалідів програм суспільної охорони здоров'я сприятиме скороченню диспропорцій у галузі здоров'я. Для подолання фізичних та інформаційно-комунікаційних перешкод в умовах масових медичних установ застосовується ряд підходів, таких як структурне перетворення об'єктів охорони здоров'я, використання обладнання з універсальним дизайном, передача інформації у найбільш зручних форматах, корегування системи запису пацієнтів до лікарів та використання альтернативних моделей надання послуг. Такі заходи, як адресне надання послуг, розробка індивідуальних планів допомоги та визначення координатора медичного обслуговування можуть забезпечити доступ до хворих з комплексними потребами щодо здоров'я, а також до контингентів, доступ яких до медико-соціальної допомоги ускладнений. Інваліди мають обслуговуватися бригадами первинної медико-санітарної допомоги, однак, за необхідності, їм повинні бути доступними спеціалізовані послуги, організації та установи для забезпечення всеохопної охорони здоров'я.

Ряд альтернатив у галузі фінансування мають позитивний потенціал у плані розширення економічної доступності послуг охорони здоров'я. Вони забезпечують страхування і спільну оплату медико-санітарних послуг, які будуть економічно доступними для людей з інвалідністю.

Долання перепон, які перешкоджають реабілітації. Реабілітація є ефективним використанням коштів, адже сприяє формуванню кадрового потенціалу. Вона має бути інкорпорована у загальне законодавство з питань охорони здоров'я, зайнятості, освіти та соціального обслуговування, а також до спеціального законодавства, що стосується інвалідів. У галузі політичного реагування акцентувати потрібно на заходах раннього втручання та перевагах реабілітації з метою сприяння забезпеченню функціонування людей з широким діапазоном патологічних станів і наданню послуг, якщо це можливо, якомога ближче до місця проживання хворих.

У наданні наявного переліку послуг необхідно акцентувати на підвищенні ефективності та економічності шляхом розширення охоплення, покращення якості та підвищення економічної доступності послуг. В умовах

обмеження ресурсів зосереджуватися потрібно на прискоренні пропозиції послуг шляхом здійснення реабілітації на базі громади, доповненого видачею направлень для надання вторинної медичної допомоги. Інтегрування реабілітації в установах первинної та вторинної медико-санітарної допомоги може покращити доступ до послуг охорони здоров'я.

Полегшення доступу до допоміжних пристроїв та технологій підвищує незалежність інвалідів, розширює можливості їх участі в житті та здатне скоротити витрати на підтримку та лікування. Щоб забезпечити правильне використання допоміжних пристроїв, вони мають бути гармонізовані із зовнішнім середовищем і користувачем, а їх застосування повинно супроводжуватись необхідними подальшими діями. Доступ до допоміжних пристроїв і технологій можна покращити завдяки ефекту масштабу, виробництва та збору виробів на місцях, а також скороченням податків на імпорт.

Враховуючи суцільну нестачу спеціалістів з реабілітації, необхідно підвищити потенціал у галузі навчання. Можуть знадобитися диференційовані або ступеневі рівні професійної підготовки. Складність роботи в умовах обмеженості ресурсів потребує наявності диплома про університетську або серйозну технічну освіту. Першим кроком до заповнення прогалин у рядах спеціалістів з реабілітації у країнах, що розвиваються, або компенсації труднощів із наймом висококваліфікованих професіоналів у розвинених країнах, можуть стати програми підвищення кваліфікації кадрів середньої ланки. Навчання співробітників на рівні громади допоможе вирішити проблему територіальної доступності і стане відповіддю на нестачу та географічний розкид робочої сили. Використання механізмів та стимулів для стабілізації кадрів може забезпечити безперервність трудового стажу.

Долання перепон, що перешкоджають наданню послуг підтримки і допомоги. Перехід до життя у громаді, надання послуг з підтримки та допомоги особам, які здійснюють догляд на неформальних засадах, сприятимуть незалежності та дозволять інвалідам і їх родинам брати участь в економічному та соціальному житті. Надання інвалідам можливості проживання у громаді потребує того, щоб вони залишили відповідні лікувальні заклади й отримали широкий спектр послуг з допомоги та підтримки, враховуючи щоденний догляд, патронаж та допомогу у своїх громадах. Країнам слід належним чином спланувати перехід до моделі обслуговування на базі громади, маючи достатні джерела фінансування кадрових ресурсів. Якщо послуги на рівні громади ретельно сплановані та забезпечені ресурсами, вони дадуть кращий результат, хоча, можливо, і не будуть більш дешевими. Держава може розглянути ряд заходів з фінансування, у тому числі укладання договорів підряду з приватними постачальниками послуг, впровадження податкових стимулів та виділення коштів інвалідам і їх родинам для безпосередньої закупівлі послуг.

Перспективні державні стратегії включають також розробку справедливих процедур оцінки інвалідності та чітких критеріїв надання права

на користування пільгами, регулювання надання послуг, враховуючи встановлення стандартів та їх примусове застосування, фінансування послуг для інвалідів, які не мають коштів для придбання послуг, а також за необхідності, безпосереднє надання послуг. Координація заходів у секторі охорони здоров'я, у соціальному та житлово-комунальному секторах дозволить забезпечити належну підтримку і зменшити вразливість людей.

У країнах з низьким та середнім доходом підтримка надання послуг завдяки діяльності організації громадянського суспільства може сприяти розширенню охоплення користувачів та діапазону послуг. Програми реабілітації на базі громад довели свою ефективність при наданні послуг у вкрай бідних та недостатньо обслуговуваних районах. Надання інформації, фінансова підтримка і тимчасова підміна осіб, які постійно здійснюють догляд, професійними медичними працівниками (так звана *respite care*) принесуть користь особам, що здійснюють догляд на неформальних засадах, – тим, хто надає більшу частину послуг людям з інвалідністю у країнах світу.

Створення сприятливого навколишнього середовища. Долання перешкод для встановлення розумних пристроїв у громадських місцях, у транспорті, в інформаційній та комунікативній сферах дозволить інвалідам брати участь в освіті, зайнятості та соціальному житті, зменшуючи їх ізольованість та залежність. В усіх галузях ключовими вимогами при покращенні доступності та доланні негативного ставлення до інвалідів є введення стандартів доступності; співробітництво між приватними та державними секторами; наявність головної організації, відповідальної за впровадження заходів; участь споживачів послуг та просвітницькі заходи для широкої громадськості.

Досвід показав, що для долання перешкод всередині приміщень необхідні обов'язкові мінімальні стандарти, застосування яких визначає законодавство. Необхідним є систематичний і заснований на доказах підхід до стандартів, що відповідає різноманітним умовам та охоплює участь людей з інвалідністю. Оцінка доступності, проведена організаціями інвалідів, може стимулювати дотримання норм. Стратегічний план, що передбачає пріоритетні завдання, допоможе отримати максимальну користь з обмеження ресурсів. Наприклад, найперша постановка завдання забезпечення доступності у нових громадських будівлях – збільшення витрат на 1% для задоволення потреб доступності – обійдеться дешевше, ніж реконструкція будівель, які уже є. Наступним кроком повинно стати розширення сфери застосування законів і стандартів для того, щоб передбачити підвищення доступності до громадських будівель.

Щодо транспорту мету безперервного забезпечення доступності в усьому транспортному ланцюжку можна досягти завдяки визначенню найважливіших пріоритетів шляхом консультування з інвалідами і постачальниками послуг, застосування допоміжних пристроїв у проектах регулярного технічного обслуговування і вдосконалення, а також розробки недорогих технічних рішень у галузі універсального дизайну, впровадження яких принесе відчутну користь широкому колу пасажирів. У країнах, що

розвиваються, усе частіше застосовуються доступні для інвалідів системи швидкісного автобусного сполучення. Важливою частиною єдиної, доступної для інвалідів транспортної системи є доступне таксі, оскільки воно швидко реагує на запити споживачів. Потрібним є також навчання працівників транспорту у поєднанні з державним субсидіюванням пільгового та безкоштовного проїзду у транспорті для інвалідів. Тротуари, косі бордюри та пішохідні переходи підвищують безпеку та гарантують доступність.

Можливими напрямками дій у сфері інформаційно-комунікаційних технологій є підвищення інформованості населення, прийняття законів та нормативних актів, встановлення стандартів і розширення пропозицій навчальних заходів. Такі послуги, як телефонне реле, телебачення із субтитрами та сурдопереклад, окрім доступних форматів передачі інформації, полегшать життя людей з інвалідністю. Збільшення доступності інформаційно-комунікаційних технологій можна досягти завдяки поєднанню ринкового регулювання з антидискримінаційними підходами, разом з відповідними перспективами в галузі захисту споживачів і проведення державних закупівель. Країни із суворим законодавством і механізмами контролю за виконанням правових норм досягають більш високого рівня доступності в інформаційно-комунікаційній сфері, однак регулювання не повинно відставати від технологічних інновацій.

Долання перешкод у галузі освіти. Прийом дітей-інвалідів до державних масових шкіл забезпечують універсальну початкову освіту, вони рентабельні і роблять свій внесок у долання дискримінації.

Залучення дітей з інвалідністю в освітній процес потребує змін систем і шкіл. Успіх інклюзивних систем освіти значною мірою залежить від готовності держави ухвалити належні закони, чітко визначити спрямування політики, розробити національний план дій, створити інфраструктуру та потенціал залучення й отримати користь від довгострокового фінансування. Забезпечення однакового освітнього стандарту для дітей-інвалідів та їх ровесників нерідко потребує збільшення обсягів фінансування.

Створення інклюзивного навчального середовища допоможе усім дітям у навчанні та реалізації їх потенціалу. В освітніх системах мають ширше застосовуватись підходи, орієнтовані на учня, які передбачають зміни у навчальних програмах, у методах викладання та методичних матеріалах, а також системах оцінки знань та прийому екзаменів. У багатьох країнах використовують індивідуальні навчальні плани як інструмент підтримки залучення дітей-інвалідів до навчального середовища. Численні фізичні перепони, з якими стикаються діти-інваліди, можуть бути легко подолані шляхом використання найпростіших заходів, таких як зміна планування класних кімнат. Деякі діти потребують доступу до додаткових допоміжних засобів, враховуючи спеціально підготовлених вчителів, класних помічників та медичні послуги.

Належне навчання вчителів масових державних шкіл може зміцнити їх упевненість у своїх силах та покращити навички навчання дітей-інвалідів. Принципи інклюзії повинні бути інтегровані до програм підготовки вчителів

і поєднуватися з іншими ініціативами, що дають можливість вчителям обмінюватися досвідом та професійними знаннями в галузі інклюзивної освіти.

Долання перешкод у сфері зайнятості. Закони проти дискримінації є передумовою для сприяння інклюзії інвалідів у сферу зайнятості. Там, де законодавство потребує від роботодавців використання розумних пристосувань – таких як забезпечення доступності для інвалідів процедур найму та добору кадрів, адаптація робочої сили, застосування графіків роботи та надання допоміжних технологій, – вони можуть сприяти зниженню дискримінації при прийнятті на роботу, покращенню доступу до робочого місця та зміні уявлень про здатність інвалідів бути продуктивними працівниками. Ряд фінансових заходів, таких як податкові пільги та фінансування створення спеціальних умов, можуть розглядатись як такі, що призводять до скорочення додаткових витрат, які б в іншому випадку несли роботодавці та працівники.

Як додаток до масової професійної підготовки перспективними методами покращення навичок людей з інвалідністю є взаємне навчання, наставництво та раннє втручання. Реабілітація на базі громади (общини) спроможна покращити навички та підходи, здійснювати підтримку навчання на робочому місці і бути керівництвом для роботодавців. У ряді країн навчанню і зайнятості інвалідів сприяють контрольовані користувачем послуги з працевлаштування інвалідів.

Для осіб, інвалідизованих після працевлаштування, програми управління інвалідністю, як-от: індивідуальне ведення хвороби, навчання керівників, адаптація на робочому місці, раннє повернення до роботи з необхідною підтримкою – сприяють покращенню показників повернення до трудової діяльності.

Рекомендації

Хоча більшість країн уже розпочали вживати заходів з покращення життя людей з інвалідністю, багато що у цій галузі ще треба зробити. Дані цієї Доповіді свідчать про те, що багатьох перепон, з якими стикаються інваліди, можна запобігти, і що незручності, пов'язані з інвалідністю, можна здолати. Наведені нижче дев'ять рекомендацій мають узагальнювальний характер. Застосування цих рекомендацій потребує залучення до співробітництва різноманітних *секторів* – охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, праці, транспорту, житлово-комунальної сфери.

Важливо, щоб заходи, здійснювані у країнах, були розроблені з урахуванням конкретних умов. Там, де країни мають ресурсні обмеження, деякі пріоритетні заходи, особливо ті, які потребують технічної допомоги і формування потенціалу, можуть бути залучені до контексту міжнародного співробітництва.

Рекомендація 1. Забезпечити доступ до всіх універсальних систем і послуг.

Рекомендація 2. Інвестувати кошти у спеціальні програми та послуги для інвалідів.

Рекомендація 3. Прийняти національну стратегію та план дій у галузі інвалідності.

Рекомендація 4. Залучати інвалідів до роботи.

Рекомендація 5. Удосконалювати кадровий потенціал.

Рекомендація 6. Забезпечити необхідне фінансування та підвищувати економічну доступність.

Рекомендація 7. Підвищувати інформованість суспільства про проблеми інвалідності.

Рекомендація 8. Покращувати збір даних про інвалідів.

Рекомендація 9. Зміцнювати та підтримувати наукові досягнення з проблем інвалідності.

Впровадження рекомендацій

Для впровадження рекомендацій необхідні наполегливість та практичні дії з боку широкого кола зацікавлених сторін. Найбільш значна роль при цьому належить державним органам. Нижче перелічено деякі практичні дії, які могли б здійснити залучені сторони.

Державні органи можуть:

Провести огляд і перегляд чинних правових норм та політичних заходів для забезпечення їх відповідно до КПП; провести огляд і перегляд механізмів їх дотримання та застосування.

Провести огляд політичних заходів, систем та послуг – загального характеру та адресно орієнтованих на інвалідів – для виявлення недоліків та перепон і розробити заходи для їх подолання.

Розробити національну стратегію у галузі інвалідності і план дій, передбачивши чіткий розподіл відповідальності та механізми координації, моніторингу та звітності за секторами.

Регулювати надання послуг шляхом введення стандартів на послуги, здійснення їх моніторингу та примусового застосування.

Розподіляти достатньо коштів між послугами, фінансованими з державних джерел, і належним чином фінансувати здійснення національної стратегії у галузі інвалідності і плану дій.

Прийняти національні стандарти доступу інвалідів та забезпечити їх дотримання у нових приміщеннях, у транспорті та в інформаційно-комунікаційній сфері.

Здійснювати заходи із забезпечення того, щоб інваліди були захищені від бідності та належним чином користувалися перевагами масових програм, спрямованих на скорочення бідності.

Включати показники інвалідності до національної системи збору даних і, за необхідності, надавати дезагреговані дані про інвалідів.

Проводити інформаційні кампанії для підвищення інформованості суспільства і більш глибокого розуміння проблем інвалідності.

Створювати канали, які дозволять інвалідам і третім сторонам подавати скарги щодо прав людини або правових норм, які не здійснюються або не застосовуються примусово.

Спеціалізовані установи Організації Об'єднаних Націй та організації в аспекті розвитку можуть:

Включити тематику інвалідності до програм допомоги розвитку, використовуючи концепцію двоєдиного підходу (twin-track approach).

Здійснювати обмін інформацією і координацію дій для узгодження пріоритетних завдань програм, що дозволить виносити уроки з виконаної роботи і запобігати дублюванню.

Надавати країнам технічну підтримку для розвитку потенціалу та посилення застосовуваних політичних заходів, систем і послуг, наприклад шляхом обміну передовим та перспективним досвідом.

Сприяти розробці міжнародно-зіставлюваних методологій наукових досліджень.

Регулярно включати відповідні дані про інвалідність до статистичних публікацій.

Організації інвалідів можуть:

Підтримувати інвалідів у їх прагненні усвідомити власні права, жити самостійно та вдосконалювати знання та навички.

Підтримувати дітей з інвалідністю та їх родини для забезпечення інклюзивності освіти.

Доводити погляди своїх членів до відома осіб, що приймають рішення, на міжнародному, національному та місцевому рівнях та постачальників послуг і виступати на захист прав своїх членів.

Сприяти проведенню оцінки і моніторингу послуг та співробітничати з ученими для підтримки прикладних досліджень, які можуть сприяти вдосконаленню послуг.

Сприяти зростанню інформованості суспільства та більш глибокому усвідомленню прав інвалідів, наприклад шляхом проведення інформаційних кампаній і виступів з лекціями про проблеми інвалідів.

Проводити аудит зовнішнього середовища, транспортних та інших систем і послуг для сприяння долаанню перешкод.

Постачальники послуг можуть:

Проводити оцінку доступності зовнішнього середовища для інвалідів у партнерстві з місцевими групами інвалідів для виявлення фізичних інформаційних перепон, які можуть призводити до відчуження інвалідів.

Забезпечувати отримання персоналом необхідного навчання з проблем інвалідності, належним чином застосовуючи таке навчання та залучаючи користувачів послуг до розробки та проведення навчальних заходів.

За необхідності розробляти нові плани індивідуального обслуговування спільно з інвалідами та їх родинами.

З метою координації та інтеграції процесів надання послуг впроваджувати методи ведення хворих, системи видачі направлень до спеціалістів та електронну звітність.

Забезпечувати поінформованість інвалідів про власні права та механізми подання скарг.

Навчальні заклади та науково-дослідницькі організації можуть:

Ліквідувати перешкоди для прийому та працевлаштування учнів і співробітників з інвалідністю.

Забезпечувати залучення до програм підвищення кваліфікації належної інформації про проблеми інвалідності на засадах правозахисного підходу.

Проводити наукові дослідження про життя інвалідів та перешкоди, пов'язані з інвалідністю спільно з організаціями інвалідів.

Приватний сектор може:

Сприяти зайнятості інвалідів, забезпечивши справедливість працевлаштування, використання необхідних допоміжних пристроїв, а для працівників, які стали інвалідами, здійснювати допомогу у поверненні до трудової діяльності.

Долати перешкоди у доступі до мікрофінансування, щоб інваліди могли займатися підприємницькою діяльністю.

Розвивати ряд високоякісних підтримувальних послуг для інвалідів та членів їх сімей на різних етапах життєвого циклу.

Забезпечувати, щоб будівельні проекти, такі як громадські будівлі, офісні приміщення та житлові будинки, передбачали можливість доступу для інвалідів.

Забезпечувати, щоб продукти, системи та послуги в галузі інформаційно-комунікаційних технологій були доступними для інвалідів.

Місцеві громади можуть:

Вести боротьбу проти забобонів.

Сприяти інклюзії та участі інвалідів у громадському житті.

Забезпечувати, щоб зовнішнє середовище громади було доступним для інвалідів, враховуючи школи, рекреаційні зони та культурні установи.

Боротися з насиллям та знущаннями з інвалідів.

Інваліди та члени їх сімей можуть:

Здійснювати підтримку інших інвалідів шляхом наставництва, навчання, інформування та консультування.

Сприяти реалізації прав інвалідів у місцевих громадах.

Брати участь у заходах з підвищення інформованості та кампаніях соціального маркетингу.

Брати участь у форумах (на міжнародному, національному і місцевому рівнях) з метою визначення пріоритетних напрямів змін, здійснення впливу на політику та формування послуг.

Брати участь у науково-дослідницьких проектах.

Висновок

КПІ сформувала комплекс завдань, спрямованих на здійснення змін. У «Всесвітній доповіді про інвалідність» наочно представлено становище, у якому сьогодні опинились інваліди. У ній висвітлюється розрив у знаннях та підкреслюється необхідність подальшого вдосконалення наукових знань та політичних заходів. Представлені у Доповіді рекомендації сприятимуть формуванню інклюзивного суспільства, яке забезпечить розширення прав та можливостей людей з інвалідністю і яке створить умови для їх процвітання.

Д-р Маргарет Чен
Генеральний директор ВООЗ

Роберт Б.Зеллік
Президент Групи Світового банку

9 червня 2011 р.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ КОНВЕНЦІЇ ПРО ПРАВА ІНВАЛІДІВ

Конвенція про права інвалідів та Факультативний протокол до неї було прийнято 13 грудня 2006 року в центральних установах Організації Об'єднаних Націй у Нью-Йорку та були відкриті для підписання 30 березня 2007 року. Конвенцію підписано 82 сторонами за однієї ратифікації, тоді як Факультативний протокол було підписано 44 сторонами. Таким чином, цього дня у підписанні Конвенції взяла участь максимальна кількість сторін за всю історію підписання конвенцій ООН у день їх відкриття для підписання. Ця Конвенція знаменує зміну парадигми в тому, що стосується ставлення і підходів до інвалідів.

Конвенція розроблялась як документ з прав людини, у якому чітко буде сформульовано аспект соціального розвитку. У ньому представлено загальний розподіл інвалідів за категоріями і знову вказано, що всі особи з будь-якими формами інвалідності мають користуватись усіма правами людини та основними свободами. У Конвенції роз'яснюється та визначається, яким чином усі категорії прав можуть бути застосовані до інвалідів, та вказуються галузі, які потребують внесення змін, що дозволять особам з обмеженими можливостями ефективно здійснювати свої права, і галузі, у яких їх права порушуються і де потрібно зміцнити правозахисні механізми.

У статті 33 Конвенції роз'яснюється, що держави повинні призначити у національних урядах інстанції-куратори для моніторингу діяльності з реалізації викладених у ній принципів. Поряд з цим держави мають у тій чи іншій формі створити незалежні механізми моніторингу, якими зазвичай є незалежні національні правозахисні установи. Всебічна участь громадянського суспільства, і зокрема інвалідів та організацій, які представляють їх інтереси, є невід'ємною складовою процесу національного виконання та моніторингу. Міжнародний моніторинг здійснюється зусиллями Комітету з прав інвалідів та Конференції держав-учасників.

Які права людини мають інваліди?

Усі члени суспільства мають одні й ті самі права людини, враховуючи громадянські, культурні, економічні, політичні та соціальні права. До таких прав належать:

- рівність перед законом без дискримінації;
- право на життя, свободу та особисту недоторканність;
- рівний правовий захист та правоздатність;
- свобода від катування;
- свобода від експлуатації та знущання;
- право на повагу фізичної та психічної цілісності;
- свобода пересування та громадянства;
- право на самостійний спосіб життя й залучення до місцевої спільноти;

- свобода вираження думок та переконань;
- недоторканність приватного життя;
- повага до дому та родини;
- право на освіту;
- право на здоров'я;
- право на працю;
- право на достатній життєвий рівень;
- право на участь у політичному та громадському житті;
- право на участь у культурному житті.

Усі інваліди мають право на свободу від дискримінації при здійсненні своїх прав. Це враховує і свободу від дискримінації за ознакою інвалідності, а також за будь-якими іншими ознаками, такими як раса, колір шкіри, стать, мова, релігія, політичні та інші переконання, національне та інше походження, майновий стан, народження або інша обставина.

Що являє собою Конвенція про права інвалідів?

Конвенція про права інвалідів – міжнародний договір, у якому визначено права інвалідів, а також зобов'язання держав-учасників Конвенції щодо заохочення, захисту та забезпечення цих прав. Крім того, у Конвенції передбачено створення двох імплементаційних механізмів: Комітету з прав інвалідів, заснованого для контролю за здійсненням, та Конференції держав-учасників, заснованої для розгляду питань, що стосуються здійснення Конвенції.

Держави, які ратифікували Конвенцію, несуть юридичну відповідальність за виконання передбачених у ній норм. Для інших держав Конвенція є міжнародним нормативним документом, якого вони повинні прагнути дотримуватись.

Що являє собою Факультативний протокол до Конвенції?

Факультативний протокол також є міжнародним договором. У ньому передбачено усі процедури, покликані зміцнити виконання Конвенції та його моніторинг. Перша з них – процедура направлення індивідуальних повідомлень, яка дозволяє окремим особам звертатися до Комітету із заявами з приводу порушення їх прав, а інша – процедура проведення розслідування, відповідно до якої Комітет уповноважений проводити розслідування серйозних або систематичних порушень Конвенції.

У яких інших міжнародних документах визнано права інвалідів?

За останні десятиліття державами прийнято конкретні документи, спрямовані на захист та заохочення прав інвалідів. До ряду епохальних документів такого плану належать:

- Декларація про права інвалідів (1975 рік);
- Всесвітня програма дій щодо інвалідів (1981 рік);
- Принципи захисту психічно хворих осіб для покращення психіатричної допомоги (1991 рік);

- Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (1993 рік).

Хоча рекомендації, декларації, принципи, резолюції та інші документи не мають обов'язкового юридичного характеру, вони виражають моральну та політичну прихильність держав і можуть використовуватись як орієнтири для прийняття законодавства або розробки стратегій, які стосуються інвалідів.

Окрім Конвенції про права інвалідів, чи є інші конвенції про права людини, які стосуються цієї теми?

Усі конвенції про права людини поширюються на всіх людей, враховуючи інвалідів. Основними міжнародними договорами в галузі прав людини є:

- Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права;
- Міжнародний пакт про громадянські та політичні права;
- Міжнародна конвенція про ліквідацію усіх форм расової дискримінації;
- Конвенція проти катування;
- Конвенція про ліквідацію усіх форм дискримінації стосовно жінок;
- Конвенція про права дитини;
- Міжнародна конвенція про захист прав усіх працівників-мігрантів та членів їх сімей;
- Конвенція про права інвалідів.

Усі конвенції про права людини містять положення про захист від дискримінації. Однак лише в одній із цих конвенцій – у Конвенції про права дитини – конкретно визнається необхідність захисту від дискримінації за ознакою інвалідності. Незважаючи на це, є думка, що в усіх конвенціях «інвалідність» непрямо розуміють одну з можливих форм дискримінації. Тому очевидно, що інваліди не повинні піддаватися дискримінації у тих випадках, коли застосовуються положення цих конвенцій. Так, дія Конвенції про ліквідацію усіх форм дискримінації стосовно жінок, наприклад, розповсюджується на всіх жінок, враховуючи жінок-інвалідів.

Чому Конвенція про права інвалідів є необхідною?

Ця Конвенція необхідна для чіткого підтвердження того, що права інвалідів належать до категорії прав людини, для зміцнення дотримання цих прав. Хоча чинні конвенції про права людини забезпечують значні можливості для заохочення та захисту прав інвалідів, стало зрозумілим, що ці можливості не використовуються. Дійсно, інваліди все ще були позбавлені своїх прав людини, лишаючись на периферії суспільства в усіх регіонах світу. У зв'язку з цією тривалою дискримінацією інвалідів на першому місці опинилося питання про прийняття документа, що має обов'язкову юридичну силу, у якому було б викладено правові зобов'язання держав щодо заохочення та захисту прав інвалідів.

У чому полягає унікальність Конвенції?

Конвенція стала першою конвенцією в галузі прав людини, прийнятої у ХХІ столітті, і першим документом, що має обов'язкову юридичну силу і передбачає всеохопний захист прав інвалідів. Хоча вона не встановлює нових прав людини, у ній набагато чіткіше визначено покладені на державу обов'язки із заохочення, захисту та забезпечення прав інвалідів. Невід'ємною частиною Конвенції є аспекти, пов'язані із соціальним розвитком. У Конвенції визнається важливість міжнародного співробітництва та сприяння його розширенню на підтримку зусиль з його здійснення на національному рівні. Новим моментом у цьому плані є конкретні посилання на можливі заходи міжнародного співтовариства із заохочення міжнародного співробітництва, такі як:

- забезпечення того, щоб міжнародні програми розвитку охоплювали інвалідів і були доступні їм;
- забезпечення і підтримка зміцнення потенційних наявних можливостей;
- сприяння співробітництву в галузі досліджень і доступу до науково-технічних знань;
- надання, де це є доречним, техніко-економічної допомоги.

Які елементи охоплює Конвенція про права інвалідів?

У Конвенції визначено права людини, інвалідів та зобов'язання держав заохочувати, захищати та забезпечувати ці права, а також передбачено механізми для підтримки її здійснення і моніторингу. Її зміст можна розподілити на елементи:

- преамбула – у ній міститься загальна передмова до Конвенції та визначено важливі вихідні проблеми;
- мета – спеціальна стаття, у якій викладено мету Конвенції, що полягає у заохоченні, захисті та забезпеченні повного та рівного здійснення усіма інвалідами всіх прав людини та основних свобод, а також у заохоченні поваги притаманної їм гідності;
- визначення – спеціальна стаття, у якій визначено використовувані у Конвенції основні терміни, а саме: спілкування, мова, дискримінації за ознакою інвалідності, розумне пристосування та універсальний дизайн;
- загальні принципи – спеціальна стаття, у якій визначено стандарти або обов'язкові норми, що стосуються використання усіх прав Конвенції, наприклад принцип недискримінації або принцип рівності;
- зобов'язання – уточнювані в окремих статтях кроки, які держави повинні здійснити з метою заохочення, захисту та забезпечення прав за Конвенцією;
- конкретні права – чинні громадянські, культурні, економічні, політичні та соціальні права людини, визначені в окремих статтях з підтвердженням того, що інваліди також мають ці права;
- заходи із забезпечення сприятливих умов – визначені в окремих статтях конкретні кроки, які держави повинні здійснювати з метою

забезпечення сприятливих умов для здійснення прав людини, а саме: просвітницько-виховна робота, забезпечення доступності, забезпечення захисту та безпеки в ситуаціях ризику та надзвичайних гуманітарних ситуаціях, сприяння забезпечення доступу до правосуддя, забезпечення абілітації та реабілітації і збір статистичних та інших даних;

- міжнародне співробітництво – спеціальна стаття, у якій визнається важливість взаємодії міжнародного співтовариства в інтересах забезпечення всебічного здійснення прав інвалідів;

- здійснення та моніторинг – положення ряду статей, за якими держави повинні створити національні структури для виконання Конвенції та її моніторингу, а також передбачається заснування Конференції держав-учасників для розгляду будь-якого питання, що стосується реалізації Конвенції;

- прикінцеві положення – спеціальні статті з викладенням порядку підписання, ратифікації, вступу в дію та інших процедурних вимог, що стосуються Конвенції.

Якими є принципи конвенції?

У статті 3 викладено загальні принципи, які застосовуються щодо прав інвалідів. Цими принципами є:

- повага до притаманного людині достоїнства, її особистої самостійності, зокрема свободи робити власний вибір, і незалежності;
- недискримінація;
- повне й ефективне залучення та включення до суспільства;
- повага до особливостей інвалідів і прийняття їх як компонента людської різноманітності й частини людства;
- рівність можливостей;
- доступність;
- рівність чоловіків і жінок;
- повага до таких здібностей дітей-інвалідів, які розвиваються, і повага до права дітей-інвалідів зберігати свою індивідуальність.

Чи містить Конвенція визначення понять «інвалідність» та «інваліди»?

У Конвенції визначення інвалідності або інвалідів як таких немає. Однак окремі положення преамбули та статті 1 містять вказівки для роз'яснення об'єкту застосування Конвенції.

Поняття «інвалідність». У преамбулі визнається, що інвалідність – «це поняття, яке еволюціонує, і що інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і відносницькими та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими».

Поняття «інваліди». У статті 1 вказано, що «до інвалідів належать особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, які при взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній та ефективній участі в житті нарівні з іншими».

Доцільно особливо виділити ряд елементів цих положень. По-перше, має місце визнання того, що поняття «інвалідність» еволюціонує і є результатом взаємодії, що відбувається між людьми, які мають певні відхилення у здоров'ї, та бар'єрами у стосунках і середовищі, що заважають участі інвалідів у житті суспільства. Тому поняття «інвалідності» не є стійким і може змінюватись у різних суспільствах залежно від умов, які у них переважають.

По-друге, інвалідність розглядається не як захворювання або фізичний недолік, а як результат взаємодії негативного ставлення або несприятливих умов зі станом конкретних людей. Замість того, щоб сприймати інвалідів як проблему, що потребує вирішення, слід долати бар'єри у стосунках та середовищі, що дозволить цим людям активно брати участь у житті суспільства і в повному обсязі користуватися своїми правами.

По-третє, Конвенція не обмежує свою дію конкретним колом осіб з інвалідністю. Держави-учасники можуть також забезпечувати захист інших осіб, наприклад осіб з нестійкими порушеннями.

Якими є зобов'язання держав-учасників Конвенції?

У Конвенції визначено загальні та конкретні зобов'язання держав-учасників стосовно прав інвалідів. Згідно із загальними зобов'язаннями, держави повинні:

- вживати всіх належних законодавчих, адміністративних та інших заходів для здійснення прав, що визнаються в Конвенції;
- вживати законодавчих та інших заходів для усунення дискримінації;
- урахувувати в усіх стратегіях і програмах захисту і заохочення прав людини інвалідів;
- припиняти будь-яку практику, що порушує права інвалідів;
- забезпечувати, щоб державний сектор поважав права інвалідів;
- забезпечувати, щоб приватний сектор та фізичні особи поважали права інвалідів;
- проводити дослідницьку та конструкторську розробку доступних товарів, послуг і технологій для інвалідів та спонукати інші сторони до проведення таких досліджень;
- надавати інвалідам доступну інформацію про асистивні технології;
- заохочувати викладання спеціалістам та персоналу, що працюють з інвалідами, визнаних у Конвенції прав;
- консультуватись з інвалідами при розробці та здійсненні законодавства та стратегій, і при прийнятті рішень, які стосуються їх, і залучати їх до такої діяльності.

Яким чином здійснюється моніторинг за виконанням Конвенції?

Конвенція передбачає моніторинг на національному та міжнародному рівнях. Стосовно національного рівня, Конвенція наказує державам-учасникам відповідно до їх правового та адміністративного устрою

підтримувати, зміцнювати, призначати або засновувати структуру для заохочення, захисту та моніторингу за виконанням Конвенції.

Що стосується міжнародного рівня, то у Конвенції передбачається заснування Комітету з прав інвалідів, який розглядає представлені державами-учасниками періодичні доповіді про заходи, ужиті ними для виконання Конвенції. Крім того, Комітет уповноважений розглядати повідомлення осіб або груп осіб і проводити розслідування стосовно тих держав, що визнали повноваження Комітету робити це, ратифікувавши Факультативний протокол.

Що розуміють під національними структурами для заохочення, захисту та моніторингу за здійсненням Конвенції?

Поняття національної структури для заохочення, захисту та моніторингу за здійсненням Конвенції є відносно розпливчастим. У Конвенції визнається, що такі структури можуть відрізнятися у країнах, і це забезпечує гнучкість для їх створення відповідно до правового та адміністративного устрою кожної держави. Разом з тим у Конвенції також передбачається, що будь-який створюваний орган повинен бути незалежним. Формування національних структур, як правило, передбачає створення принаймні однієї незалежної національної установи, яка займається правами людини, наприклад комісії з прав людини або управління омбудсмена. У той же час структура може містити й інші елементи, такі як суди.

Що являє собою Комітет з прав інвалідів?

Комітет з прав інвалідів є органом, що має незалежних експертів, на яких покладено завдання з проведення оглядів здійснення Конвенції державами-учасниками. Ці експерти виступають особисто. Насамперед Комітет має 12 незалежних експертів, а після 60 ратифікацій Конвенції або приєднань до неї, членський склад Комітету збільшиться до 18 осіб. Експерти обираються державами-учасниками на основі їх компетентності та досвіду в галузі прав людини та інвалідності з урахуванням таких фактів: справедливий географічний розподіл, представництво різних форм цивілізації та правових систем, збалансована репрезентація статі та участь експертів-інвалідів.

Комітет періодично вивчає підготовлені державами-учасниками доповіді про заходи, здійснювані для виконання Конвенції. Щодо тих держав-учасників, які підписали Факультативний протокол, Комітет також є компетентним приймати скарги окремих осіб, які заявляють про порушення прав, і проводити розслідування у випадку серйозних або систематичних порушень Конвенції.

Що являє собою Конференція держав-учасників?

Конвенція передбачає також заснування Конференції держав-учасників, яка регулярно проводиться для розгляду будь-якого питання, що стосується виконання Конвенції. У Конвенції характер ролі Конференції

держав-учасників точно не визначений, хоча вказується, що її функції включають обирання членів Комітету з прав інвалідів та обговорення і прийняття запропонованих поправок до Конвенції.

Що мають на увазі під періодичною звітністю?

Кожній державі-учаснику Конвенції необхідно представити Комітету з прав інвалідів усеосяжну доповідь про заходи, ужиті для виконання своїх зобов'язань за Конвенцією. Кожна держава повинна подати свою першу доповідь протягом двох років після набрання чинності цією Конвенцією для цієї держави. У першій доповіді необхідно:

- визначити конституційні, правові та адміністративні межі виконання Конвенції;
- роз'яснити стратегії і програми, прийняті з метою виконання кожного з положень Конвенції;
- вказати усі позитивні зміни у справі ратифікації та виконання Конвенції.

Кожній державі-учаснику потрібно надавати наступні доповіді не рідше, ніж раз на чотири роки, а також тоді, коли цього вимагає Комітет.

У цих доповідях необхідно:

- відповісти на питання, що викликають занепокоєння та інші питання, що порушено Комітетом у його заключних зауваженнях за попередніми доповідями;
- повідомити про прогрес, досягнутий у справі реалізації прав інвалідів за звітний період;
- висвітлити всі труднощі, з якими керівництво та інші суб'єкти могли стикатися у ході виконання Конвенції за звітний період.

Чи можна направити до Комітету скаргу у випадку порушення прав?

Можна. У Факультативному протоколі до Конвенції передбачено процедуру направлення індивідуальних повідомлень, що дозволяє окремим особам і групам осіб, які знаходяться на території держави-учасника Протоколу, звертатися до Комітету з прав інвалідів зі скаргою про порушення відповідною державою-учасником одного із зобов'язань за Конвенцією. Така скарга іменується повідомленням. Комітет розглядає скаргу та зауваження держави-учасника та за результатами цього розгляду формулює свої думки та рекомендації, якщо такі є, передає їх відповідній державі-учаснику та публікує їх.

Чи може Комітет проводити розслідування?

Може. Факультативний протокол передбачає процедуру проведення розслідування. Якщо Комітет отримує достовірну інформацію, що вказує на серйозні або систематичні порушення будь-яких положень Конвенції державою-учасником Факультативного протоколу, Комітет може доручити одному або декільком своїм членам провести розслідування та терміново надати доповідь. Зі згоди держави-учасника члени Комітету можуть

відвідати її територію. Після проведення розслідування Комітет надає свої висновки відповідній державі-учаснику, яка має шість місяців для подання своїх додаткових зауважень. Врешті-решт Комітет узагальнює свої висновки та публікує їх. Будь-яка держава-учасник може у момент ратифікації Факультативного протоколу зробити уточнення про те, що вона не вважає процедуру розслідування як таку, що поширюється на неї.

Яку роль у процесі моніторингу відіграє громадянське суспільство?

Громадянське суспільство покликане виконати важливу роль у процесі моніторингу як на національному, так і міжнародному рівні. Що стосується національного моніторингу, то в Конвенції безпосередньо вказано, що громадянське суспільство, зокрема інваліди та організації, що їх представляють, у повному обсязі залучаються до процесу спостереження та беруть участь у ньому (див. пункт 3 статті 33 Конвенції). Щодо міжнародного моніторингу, то при висуненні кандидатур експертів для включення до складу Комітету державам-учасникам пропонується належним чином враховувати необхідність консультуватися з інвалідами та організаціями, що їх представляють, та активно їх залучати (див. пункт 3 статті 34 Конвенції). Крім того, про вирішальне значення ролі, яку громадянське суспільство може відіграти у процесі подання періодичної звітності, у підтримці осіб, що направляють індивідуальні повідомлення, і в наданні Комітету достовірної інформації про серйозні або систематичні порушення прав людини як основи для проведення розслідування, яскраво свідчить досвід роботи органів, що займаються моніторингом за виконанням інших міжнародних договорів з прав людини.

Чи ратифікована конвенція про права інвалідів в Україні?

Україна завершила міжнародно-правову процедуру приєднання до Конвенції про права інвалідів. Представник України в Організації Об'єднаних Націй передав Генеральному Секретарю ООН Пан Гі Муну ратифіковану грамоту документа. Парламент ратифікував міжнародний договір 16 грудня 2009 року Законом України № 1767-VI. Конвенція про права інвалідів набрала чинності з 6 березня 2010 року.