

Василенко С. Г.

**ТЕОРИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

Учебно-методическое пособие

Репозиторий ВГУ

УКД 613.0.+511.11

ББК51.204.Оя73

В 15

Автор - составитель: кандидат медицинских наук, доцент кафедры ТМФКиС УО «ВГУ им. П. М. Машерова» Василенко С. Г.

В учебном пособии изложены современные представления об адаптивной физической культуре, физической культуре человека с отклонением в состоянии здоровья.

Пособие предназначено для подготовки студентов, магистрантов, преподавателей физической культуры и тренеров.

Рекомендовано к изданию кафедрой теории и методики ФКиС факультета ФКиС УО «Витебский государственный университет им. П. М. Машерова».

Рецензенты: заведующий кафедрой спортивной медицины Смоленского ГУФК, заслуженный работник высшей школы РФ, д.м.н., профессор Бахрах И. И. Заведующий кафедрой ТМФКиС УО «ВГУ им. П. М. Машерова», к.п.п., доцент Новицкий П. И.

Василенко С. Г. 2005.

## **ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время человек, его культура, образование, научное развитие, здоровье, личностные качества рассматриваются не только как средство, инструмент той или иной деятельности по преобразованию природы и общества но, прежде всего как цель, результат, смысл этих преобразований и существования самого общества. Это обусловлено сменой парадигмы развития общества господствовавшей в нашей стране в течение десятилетий, на новую концепцию систему взглядов, в соответствии, с которой именно ЧЕЛОВЕК со всеми его уникальными свойствами и особенностями образует центр теоретического осмысления социальных явлений (В. Т. Пуляев, 1993-1995 и др.). В свою очередь, такая переоценка роли личности в развитии нашего общества связана с происходящими процессами гуманизации, демократизации, либерализации, увеличение гласности.

Адаптивное ФВ - новое направление в отечественной системе образования и науки, изучающая аспекты ФВ людей, имеющих в результате заболеваний или травм различные стойкие нарушения жизненно важных функций организма и ограничения физических возможностей.

Целью АФВ является формирование и развитие двигательной активности, физических и психических способностей, обеспечивающих адаптацию личности к своему состоянию здоровья, окружающей среде, обществу и различным видам деятельности.

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

Однако проблема инвалидности - это проблема мирового масштаба, существующая во всех странах независимо от уровня их экономико - социальной политике относительно инвалидов судят о его цивилизации.

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

Всё это приводит к необходимости разработки комплексных программ по социальной защите данной категории населения, обоснования новых областей человеческих знаний, открытия новых учебных дисциплин, направлений и специальностей подготовки специалистов.

В последние годы в РФ и РБ этот процесс развивается довольно быстрыми темпами. Не осталась в стороне и отрасль физической культуры, которая в советский период занималась в основном здоровым населением и двигателью-одаренными детьми, юношами и девушками, способными в перспективе стать олимпийскими чемпионами и прославить свою страну спортивными достижениями.

В настоящее время в Российской Федерации физическая культура и спорт для лиц с отклонениями здоровья (включая инвалидов) представлена в системе среднего (как для базового, так и повышенного уровней), высшего (как специальность и как часть направления) профессионального образования; в специальности научных работников; как сфера профессиональной деятельности (должности тренер — преподаватель и

инструктор методист по адаптивной физической культуре); как основное проблемное поле журнала «Адаптивная физическая культура». Все это позволяет сделать вывод о том, что в России к настоящему времени сформированы основные контуры образовательного, научного, правового и информационного пространства адаптивной физической культуры.

Многие вузы, техникумы и колледжи осуществляют образовательную деятельность по адаптивной физической культуре; профессорско-преподавательский состав, научные работники, аспиранты и докторанты проводят научно - исследовательскую работу в этой области.

Однако быстрое развитие и внедрение адаптивной физической культуры в образовательные и научные организации и учреждения России и РБ наличие существенно отличающихся, а иногда альтернативных концепций данной сферы социальной практики в различных странах, терминологические трудности, развивающиеся интегративной учебой и научной дисциплиной породили целый ряд объективных и субъективных проблем, обусловленных недостаточной теоретической разработанностью, ее проблемного поля, методологических основ, принципов, функций, приоритетности задач и др.

Все это приводит к различным трактовкам сущности адаптивной ФК, что предопределяется научными предпочтениями педагогов и научных сотрудников, предшествующим опытом деятельности представителей ФК, медицины, коррекционной педагогики, социальной работы.

В настоящее время в России и РБ наибольший опыт применения средств и методов ФК проводят с людьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья, включая инвалидов. накоплен в лечебном и образовательном направлениях (особенно специальном образовании), что приводит к смещению центра тяжести всей совокупности проблем этого вида социальной практики именно в эти направления. Поэтому очень часто адаптивную ФК трактуют как часть ЛФК или сводят ее только к адаптивному. ФВ в специальных (коррекционных), образовательных учреждениях для детей с отклонением в развитии. Признавая бесспорные достижения отечественных специалистов в обозначенных направлениях, авторы учебника считают неверным сужением функций такого емкого и широкого социального феномена, которым является адаптивная физическая культура

При этом доминирование многочисленных научных исследований частных проблем адаптивной ФК приводит к вполне естественному дублированию, преобладанию в этих работах, методов исследования той или иной устоявшейся области знания и безусловному снижению эффективности проводимых исследований и, особенно, распространению и внедрению в практику результатов научных изысканий и передового опыта педагогов - новаторов.

Описание сущности адаптивной физической культуры, конкретизация объекта, целей, задач, средств, методов. содержания, ее основных видов, функций, принципов и других компонентов проводились исходя из концепции, разработанной на кафедре теории и методики адаптивной физической культуры Санкт-Петербургской государственной академии ФК им. П. Ф. Лесгафта. где она реализуется уже в течение нескольких лет, начиная с 1995 года.

**Основные установочные положения этой концепции сводятся к следующему.**

1. Адаптивная физическая культура является новой для РБ и России, активно развивающейся интегративной области образования, науки, культуры, социальной практики.

2. Адаптивная ФК включает в себя как минимум три крупных области знания - физическую культуру, медицину, коррекционную педагогику, и большое количество сведений медико-биологических и социально психологических учебных и научных дисциплин. При этом в ней не только обобщаются сведения перечисленных областей и дисциплин, но и формируется новые знания, представляющие собой результат взаимопроникновения знаний каждой из этих областей и дисциплин.

3. Адаптивная ФК представляет собой значительно более емкое и широкое явление по сравнению с лечебной физической культурой и физическим воспитанием детей с отклонением в развитии. Она объединяет в себе, помимо названных направлений, адаптивный спорт, адаптивную двигательную реакцию, адаптивное физическое воспитание учащихся и студентов специальных медицинских групп общеобразовательных школ и вузов.

4. В основу теории адаптивной физической культуры, определения ее целей, задач, основных видов, принципов, функций и др. должно быть положено учение об естественных и социальных потребностях личности каждого конкретного человека с отклонениями в состоянии здоровья (в том числе имеющей инвалидность), а не только государства, семьи, общественных организаций и институтов.

5. Признание инвалидов как равноправных членов общества, их самооценности, а также обязанностей государства по созданию особых условий для их воспитания и развития, творческой самореализации - основа для формирования отношения с данной категорией населения в процессе занятий адаптивной физической культурой.

6. Формирование потребности в здоровом образе жизни, соответствующих мотивов и ценностных ориентации, подбор средств, методов, видов адаптивной физической культуры для инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья должны осуществляться с учётом и исходя из конечных целей индивидуального существования, определяющих всю систему жизненных установок (аксиологической концепции их жизни), а также непременно выполнением правила «здесь и сейчас», предписывающего исходить из реальных ситуаций (материальных возможностей возрастных особенностей, состояния занимающихся).

7. Человек с отклонением в состоянии здоровья (в том числе имеющий инвалидность) рассматривается в адаптивной ФК, как принципиально неделимое и целостное единство, как индивид, обладающий уникальными свойствами. Его невозможно разделить на биологическое и социальное, телесное и психическое и т.п. как научной, так и, особенно, в практической деятельности. Принципиально неприемлемым является так называемый дихотомический подход к изучению его сущности, когда он «расчленяется» на отдельные субстанции, определяемые методы исследования конкретных наук. Поэтому в адаптивной ФК акцент делается не на «физическое совершенствование» занимающихся, «формирование физической готовности в жизни», а на их всестороннее развитие и совершенствование (интеллектуальное, эмоционально-волевое, эстетическое, этическое, физическое и др.) в процессе занятия физическими упражнениями.

8. Эффективное развитие и внедрение программ по адаптивной ФК как в стране, так и в отдельно взятом регионе возможно только в случае учета конкретных социально - экономических условий, национально-этнических особенностей менталитета населения, климатогеографических и ряда других факторов.

### **Понятие «культура», «физическая культура», «адаптивная физическая культуру».**

Перечисленные понятия являются очень сложными. многогранными и имеют большое количество различных определений, трактовок.

Так, Л. П. Матвеев (1983, 1984) подчеркивает, что при истолковании общего понятия «культура» его обычно противопоставляют понятию «природа». К природе же относятся все, что существует по естественным законам, не зависящим от человека, и не является результатом его деятельности (все не живое и живое в мире, не преобразованное человеком). К явлению культуры относят продукты, результаты и способы преобразовательной деятельности человека (общества), т.е. деятельности. направлены на преобразования природы для удовлетворения человеческих потребностей.

В. М. Выдрин (1999) выделяет следующие, наиболее близкие для теории ФК определение культуры:

- культура - это творение человека, то, что не создано в таком виде природы.
- культура - это мера и способ развития человека.
- культура - это качественная характеристика деятельности человека и общества.
- культура - это процесс и результат хранения, освоения, развития и распространения материальных и духовных ценностей.

Каждое из перечисленных определений может быть взято за основу при рассмотрении понятия «физическая культура».

Культура неразрывно связана с деятельностью и потребностями.

Деятельность - это различные виды и способы процессы освоения мира, его преобразования, изменения для удовлетворения потребности человека и общества. При этом человек, усваивая окружающий мир, всякий раз наполняет его смыслом, придает ему новое, ценностно-смысловое измерение, всякий раз как бы заново порождает его и тем самым порождает себя, обретает себя в этом очеловеченном мире (И. М. Быховская, 1993).

Потребность - это нужда в чем - то, жизненная или бытовая необходимость, важнейшие источники и условия развития личности и общества, побудительные причины социальной деятельности людей.

Обычно выделяют два класса потребностей - естественные и социальные.

К первым относятся нужда в пище, воде, воздухе, движении, размножении, защите потомства. Они присущи как к животным, так и человеку. Социальные потребности можно разделить на потребности личности и общества.

К числу наиболее важных потребностей общества относится необходимость создания здоровой, жизнедеятельной и мобильной нации, во всесторонне и гармонически развитых людям и в создании объективных условий для свободного и безграничного развития их сил, способностей и дарований (В. М. Выдрин, 1999).

Среди потребностей личности, например, с точки зрения гуманистической психологии (А. Х. Маслоу, 1987), следует особо выделить потребности безопасности и

защиты, потребности принадлежности и любви, потребности самоуважения, потребности само актуализации или личного совершенствования.

В процессе развития культуры ее важнейшими составляющими стали и такие виды (форма, способы) деятельности, которые специально направлены на совершенствование человеком самого себя, на преобразование своей собственной природы. Именно к таким компонентам культуры относится физическая культура.

Среди всех ценностей культуры важнейшей является человек как создатель всех иных ценностей; только человек, осваивая природу, превращает в ценности то, что до этого ценностью не являлось.

Исторически физическая культура складывалась, прежде всего, под влиянием практических потребностей общества в полноценной физической подготовке подрастающих и взрослых поколений к труду и военному делу - этим важнейшим условиям человеческого существования.

Наиболее полное определение ФК дано в работах Л. П. Матвеева (1983, 1984).

**Физическая культура** - органическая часть (отрасль) культуры общества и самого человека; основу ее специфического содержания составляет рациональное использование человеком двигательной деятельности в качестве фактора физической подготовки к жизненной практике, оптимизация своего физического состояния и развития. К ней относятся: целесообразно выделенные формы такого рода деятельности, ее результаты, имеющие культурные ценности, а в широком смысле и вся совокупность достижения общества создание специальных средств, методов и условий направленного развития физической дееспособности подрастающих и взрослых поколений. В условиях гуманного подлинного общества ФК является одним из эффективных средств всестороннего гармонического развития личности, действенным социальным фактором продвижения каждого человека по пути физического совершенствования.

Более лаконичное определения этого понятия дают В.М. Выдрин (1995, 1999), Б. А. Ашмарин (1999).

**Физическая культура** — вид культуры человека и общества. Это деятельность и социально значимый результат по созданию физической готовности людей к жизни; это, с одной стороны, специфический процесс, а с другой, - результат человеческой деятельности, а также средства и способ физического совершенствования. (В. М. Выдрин).

**Физическая культура** - как часть культуры общества есть деятельность людей по созданию и использованию материальных и духовных ценностей для физического совершенствования человека. (Б. А. Ашмарин).

Проведя анализ проблем телесности в социокультурном измерении, И. М. Быховская (1993) дает следующее определение физической (телесной) культуры.

**Физическая культура** - это область культуры, регулирующая на основе ценностей нравственности, деятельности человека (ее направленность, способы, результаты), связаны с формированием, сохранением и использованием телесном - двигательных качеств человека, исходя из представлении о нормах и идеалов их функциональности, коммуникативности, экспрессивности и красоты.

Соглашаясь с перечисленными авторами в том, что для ФК приоритетное значение имеют телесно -- двигательные характеристики, а двигательная деятельность (использование ФУ) является гласным орудием, средством, методом «окультуривания» человеческой телесности, необходимо особенно в контексте адаптивной ФК. более четко акцентировать внимание на всесторонности воздействий физических упражнений на

личность занимающихся, их интеллектуальные, эмоционально - волевые, эстетические и другие свойства и качества.

В связи с этим предлагается следующее определение ФК.

**Физическая культура -- вид культуры человека и общества. Это деятельность и ее социальные и индивидуально значимые результаты по созданию всесторонней готовности человека к личности, оптимизации его состояния и развития; это специфический процесс и результат человеческой деятельности, а также средства и способы совершенствования и гармонизации всесторонних свойств индивида (физических, интеллектуальных, эмоционально - волевых, эстетических, этических и других) с помощью физических упражнений, естественно — средовых и гигиенических факторов.**

В отличие от ФК объектом познания и преобразования, субъектам самосовершенствования в адаптивной ФК являются, не здоровы, а больные люди, в том числе и инвалиды. Все это требует значительной, а иногда и принципиальной трансформации (приспособления, коррекции или, по-другому, адаптации) задач, принципов, средств, методов и др. базовой дисциплины применительно к столь необычной для ФК занимающихся. Отсюда название - «адаптивная физическая культура».

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

Именно в адаптивной ФК со всей очевидностью обнаруживается нецелесообразность ориентацией деятельности и специалиста, и занимающегося только или преимущественно на физические (телесные) компоненты личности человека с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалида. Здесь на первое место выступают проблемы привлечения всех возможных средств и методов адаптивной ФК для коррекции имеющегося у человека дефекта, выработки необходимых компенсаций, профилактики сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, обусловленных основным дефектом, или, другими словами, проблемы комплексной реабилитации и интеграции занимающегося в общество.

Адаптивная физическая культура является важнейшим компонентом всей системы реабилитации инвалидов и лиц в отклонении в состоянии здоровья, всех ее видов и форм. Она со всей очевидностью присутствует во всех сферах жизнедеятельности человека и поэтому составляет фундамент, основу социально - трудовой, социально - бытовой и социально - культурной реабилитации; двигательная мобильность человека с ограниченными возможностями представляет собой один из важнейших критериев стадийно - уровневой характеристики процесса реабилитации.

Это объясняется тем, что, например, любая приобретенная инвалидность, ставит перед человеком проблему адаптации к жизни в своем новом качестве, что, в свою



очередь, практически всегда связана с необходимостью освоения новых жизненно и профессионально важных знаний, перцептивных, двигательных умений и навыков, развитие и совершенствование специальных физических и психических качеств и способностей. А это не мыслимо без использования средств и методов адаптивной ФК.

Среди многих факторов, ограничивающих поддержание оптимального психофизического состояния инвалидов, осуществление их трудовой, бытовой, культурной деятельности, а главное, способствующих развитию целого «букета» негативных изменений в организме, является гиподинамия и гипокинезия. Отрицательное влияние последних на все без исключения органы и функциональные системы человека хорошо известно и неоднократно описывались как в научной, так и в популярной литературе. Поставить надежный заслон различных заболеваний, наваливающимся подобно снежному кому на человека попавшего в условия вынужденной гиподинамии и гипокинезии (ограничение естественных движений - локомоций и т.п.), оптимизировать его психофизическое состояние может только разумно организованная двигательная активность. Здесь уместно вспомнить крылатое выражение И. А. Аршавского: **«... человек, двигаясь и развиваясь, сам заводит часы в своей жизни».**

Огромна роль адаптивной ФК (особенно адаптивного спорта, адаптивной двигательной рекреации, креативных (художественно - музыкальных) и экстремальных видов адаптивной двигательной активности и др.) в решении задач социализации данной категории населения, реализации соответствующего современным условиям образа жизни, как конечной цели реабилитации, повышения уровня качества их жизни.

Для многих инвалидов адаптивная физическая культура является единственным способом «разорвать» замкнутое пространство, войти в социум, приобрести новых друзей, получить возможность для общения, полноценных эмоций, познания мира и т.д. и т.п. Именно здесь, зачастую впервые в жизни, они познают радость движения, учатся побеждать и достойно переносить поражения, осознают счастье преодоления себя и каждой клеточкой своего тела ощущают философию «честной игры»...

Сказанное позволяет сформулировать цели и основную установку (лейтмотив) адаптивной ФК.

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

Цель адаптивной ФК позволяет сформулировать основную установку деятельности в этой области как занимающихся, так и педагога (преподавателя, тренера, методиста).

Максимальное развитие с помощью средств и методов адаптивной ФК жизнеспособности человека, поддержание у него оптимального психофизического состояния предоставляют каждому инвалиду шансы реализовать свои творческие возможности и достичь выдающихся результатов, не только соизмеримых с результатами здоровых людей, но и даже превышающих их. Достаточно вспомнить такие имена, как: Тамерлан, Франклин Рузвельт, Алексей Маресьев, Валентин Дикуль, Святослав Федоров и многие другие, чтобы убедиться в том, что инвалидность, те или

иные дефекты в здоровье не могут остановить людей поистине волевых, целеустремленных и одухотворенных. И первой ступенью на этом пути (новом для тех, кто приобрел инвалидность в процессе жизни) может и должна стать адаптивная ФК, позволяющая приобрести умения и навыки, качества и способности, необходимые в любом виде человеческой деятельности, в общении субъектов между собой.

Задачи, решаемые в адаптивной ФК, должны ставиться исходя из конкретных потребностей каждого человека: приоритет тех или иных задач во многом обуславливается компонентом (видом) адаптивной ФК, учебным материалом, материально - техническим обеспечением образовательного процесса и другими факторами.

В самом обобщенном виде задачи в адаптивной ФК можно разделить на две группы.

Первая группа задач вытекает ГО особенностей занимающихся — лиц с отклонением в состоянии здоровья и (или) инвалидов. Это коррекционные, компенсаторные и профилактические задачи.

Вторая группа -- образовательные, воспитательные и оздоровительно - развивающие задачи - наиболее традиционные для физической культуры.

В связи с тем, что объектом внимания в адаптивной ФК является человек с отклонением в состоянии здоровья, то вполне логично попытаться, используя огромный потенциал этого вида деятельности, исправить имеющийся недостаток, скорректировать, "если это возможно, основной его дефект. Причем, чем раньше будет замечен тот или иной дефект, тем больше вероятности его коррекции.

Говоря о коррекционных задачах, имеются в виду нарушения (дефекты) не только опорно-двигательного аппарата (осанка, плоскостопие и т.п.), но и сенсорных систем (зрения, слуха), речи, интеллекта, эмоционально - волевой сферы, функциональных соматических систем и др.

Так, например, целенаправленная работа по укреплению глазодвигательных мышц может привести к улучшению зрения; этап формирования умственных действий в материальной форме (по П. Я. Гальперину) значительно повышает эффективность -этого процесса: обучение умениям произвольного расслабления мышц позволяет снимать психологические «зажимы», корректировать эмоциональное состояние и т.п.

Разумеется, коррекционная работа может проводиться как по отношению к основному дефекту, так и сопутствующему заболеванию, а также по отношению к вторичным нарушениям, обусловленным основным дефектом.

В том случае, когда коррекция невозможна, на первый план выступают компенсаторные задачи (формирование пространственно-временной ориентировки у незрячих, «тренировка» сохраненных сенсорных систем, обучение ходьбе на протезах и т.п.).

И, наконец, тот или иной дефект, то или иное заболевание требуют обязательной профилактической работы (решение профилактических задач). Так, например, ограничение мобильности человека настоятельно требует целенаправленной деятельности по профилактике заболеваний, обусловленных гиподинамией и гипокинезией.

Разумеется, все перечисленные задачи решаются в контексте обучения тем или иным знаниям, умениям, навыкам (образовательные задачи): воспитания тех или иных свойств личности занимающихся (воспитательные задачи); развития их физических качеств и способностей, укрепления мышц стопы, совершенствования осанки и т.п.

(оздоровительно - развивающие задачи).

## **Основные компоненты (виды) адаптивной физической культуры.**

Исходя из потребностей лиц с отклонением в состоянии здоровья и инвалидов, можно выделить следующие компоненты (виды) адаптивной ФК.

***Адаптивное физическое воспитание (образование) -- компонент (вид) АФК, удовлетворяющий потребности индивида с отклонениями в состоянии здоровья в его подготовке к жизни, бытовой и трудовой деятельности; в формировании положительного и активного отношения к АФК.***

В процессе занятий АФВ у людей с отклонением в состоянии здоровья формируются комплекс специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых сенсорно - перцептивных и телесных умений и навыков; развиваются основные физические и психические качества: повышаются функциональные возможности различных органов и систем; развиваются, сохраняются и используются в новом качестве оставшиеся в наличии телесно-двигательные характеристики.

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

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

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

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

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

При многих заболеваниях и видах инвалидности АС является практически единственной возможностью удовлетворения одной из главнейших потребностей человека - потребность в самоактуализации, поскольку профессионально - трудовая, общественно - политическая и другие виды деятельности оказываются недоступными.

Содержание адаптивного спорта (как базового, так и высшего достижения) направлено, прежде всего, на формирование у инвалидов (особенно талантливой

молодежи) высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах в состязаниях с людьми, имеющих аналогичные проблемы со здоровьем.

Сущностную основу АС составляет соревновательная деятельность и целенаправленная подготовка к ней. достижение максимальных адаптационно - компенсаторных возможностей на доступном биологическом уровне. совершенствование индивидуальной спортивной техники за счет сохраненных функций. Подготовка к соревнованиям рассматривается как врачебно - педагогический процесс, где в оптимальном соотношении задействованы лечебные и педагогические средства, обеспечивающие реализации физического, интеллектуального, эмоционально - психического потенциала спортсмена - инвалида, удовлетворяющие эстетические, этические, духовные потребности, стремление к физическому совершенствованию.

АС в настоящее время развивается преимущественно в рамках крупнейших международных паралимпийского, специального олимпийского и сурдлимпийского движения.

Основная цель адаптивного спорта заключается в формировании спортивной культуры инвалида, приобщении его к общественно - историческому опыту в данной сфере, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей ФК.

АС как социальное явление можно сравнить с лакмусовой бумажкой, позволяющей дать объективную оценку реализуемой в обществе аксиологической концепции отношений к инвалидам и лицам с отклонениями в состоянии здоровья: **действительно ли мы воспринимаем их как равных себе, имеющих право на самостоятельный выбор пути развития самореализации или только декларируем это?**

**Адаптивная двигательная реакция – компонент (вид) АФК, позволяющий удовлетворить потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в отдыхе, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности, получении удовольствия, в общении.**

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

Наибольший эффект от АДР, основная идея которая заключается в обеспечении психологического комфорта и заинтересованности занимающихся за счет полной свободы выбора средств, методов и форм занятий, следует ожидать в случае ее дополнения оздоровительными технологиями профилактической медицины.

Основная цель АДР состоит в привитии личности инвалида проверенных исторической практикой мировоззренческих взглядов Эпикура, проповедовавшего философию (принцип) гедонизма, в освоении инвалидов основных приемов и способов рекреации.

Характерными чертами являются свобода выбора средств и партнеров, переключение на другие виды деятельности, широта контактов, самоуправление, игровая деятельность, удовольствие от движения.

Для инвалидов АДР - не только биологически оправданная саморегулируемая

двигательная активность, поддерживающая эмоциональное состояние, здоровье и работоспособность, но и способ преодоления замкнутого пространства, психическая защита. возможность общения, удовлетворения личных интересов, вкусов, желаний в выборе видов и форм занятий.

В случае приобретенной инвалидности или тяжелого заболевания АДР может и должна стать первым этапом, первым шагом в направлении снятия (преодоления) стресса и приобщении к АФК (адаптивному ФВ, адаптивному спорту и др.).

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

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

В отдельных нозологических группах инвалидов, преимущественно с поражением опорно-двигательного аппарата, лечение движение не заканчивается в медицинском стационаре, а продолжается всю жизнь на основе самореабилитации.

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

Безусловно, творческий аспект присутствует во всех перечисленных компонентах (видах) АФК, однако именно здесь он является главной, ведущей целью, самой сущностью данного вида АФК. Именно в креативных телесно - ориентированных практиках единение духовного и телесного начал человека в процессе занятий ФУ является обязательным, неперенным атрибутом деятельности, без которого она в принципе не может существовать.

**Фрагменты, элементы, а иногда и хорошо научно-методически оформленные системы креативных телесно-ориентированных практик используются:**

*Сказкотерапии.*

*Игротерапии.*

*Формокоррекционной ритмопластике.*

*Антистрессовой пластикой гимнастике.*

*Двигательной пластике.*

*Психиатрии и психоанализе.*

*Системе психосоматической саморегуляции, ментального тренинга, нейролингеистического программирования.*

*В системе целостного движения.*

*В лечебной релаксационной пластике.*

*В телесно - ориентированной психотехнике актера.*

*Психогимнастике.*

Основная цель креативных (художественно - музыкальных) телесно - ориентированных практик необходимо считать приобщение инвалидов и лиц с отклонением в состоянии здоровья к доступным видам деятельности, способным обеспечить им самоактуализацию, творческое развитие, удовлетворение от активности; снятие психических напряжений («зажимов») и, в конечном счете, вовлечение их в занятия другими видами АФК и в перспективе - в профессионально - трудовую деятельность.

**Экстремальные виды двигательной активности -- компоненты (виды) АФК, удовлетворяющие потребности лиц с отклонением в состоянии здоровья в риске, повышенном напряжении, потребности испытать себя в необычных, экстремальных условиях, объективно и (или) субъективно опасных для здоровья и даже для жизни.**

Важно отметить, что в основе таких потребностей человека лежат биологические предпосылки. Показано, например, что механизмы потребности к получению нового опыта, связанного с риском, угрозой для жизни и т.п., обусловлены потребностью человека в активизации своей эндогенной опиатной системы, выполняющей функции профилактики состояний фрустрации, депрессии.

Дельтапланеризм, парашютный и горный спорт, скалолазание, альпинизм, серфинг, различные виды высотных прыжков и ныряния вызывают «острые» ощущения, связанные с состоянием свободного падения в воздухе, скоростным перемещением и вращением тела, резким ускорением и т.п., которые, в свою очередь, активизируют эндогенную опиатную систему, способствуют выработке так называемых эндорфинов - гормонов «счастья». При этом преодоление чувства страха приводит к значительному повышению у человека чувства самоуважения, личностной самореализации, к ощущению принадлежности к элитарным группам социума.

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

Перечисленные виды (компонента) АФК, с одной стороны, носят самостоятельный характер, так как каждый из них решает свои задачи, имеет собственную структуру? формы и особенности содержания; с другой, - они тесно взаимосвязаны. Так, в процессе АФВ используются элементы ЛФК с целью коррекции и профилактики вторичных нарушений; рекреативные занятия - для развития, переключения, удовлетворения потребности в игровой деятельности; спортивные элементарные состязания. Многие спортсмены - инвалиды проходят последовательный путь от физической реабилитации в условиях стационара к рекреативно -

оздоровительному спорту и спорту высших достижений.

Если для здорового человека двигательная активность является естественной потребностью, реализуемой повседневно, то для инвалида - это способ существования, объективные условия жизнеспособности. Она дает независимость и уверенность в своих силах, расширяет круг знаний, и общения, меняет ценностные ориентации, обогащает духовный мир, улучшает двигательные возможности, повышает жизненный тонус, физическое и психическое здоровье, следовательно, открывает возможности позитивного изменения биологической и социального статуса.

Таким образом, АФК в целом и все ее виды призваны с помощью рационального организованной двигательной активности как естественного стимула жизнедеятельности, используя сохраненные функции, остаточное здоровья, природные ресурсы и духовные силы, максимально реализовать возможности организма и личности для полноценной жизни, самопроявления и творчества, социальной активности и интеграции в общество здоровья людей.

### **Врачебно-педагогический контроль в АФВ.**

В работе со спортсменами с нарушенным здоровьем врачебно-педагогическому контролю придается значение еще больше, чем в ФВ здоровых. Врачебно-педагогический контроль представляет собой систему медицинских и педагогических наблюдений, обеспечивающих эффективное использование средств и методов ФВ, укрепления здоровья и совершенствования физического развития.

#### **Врачебно-педагогический контроль решает следующие задачи:**

- *Определение состояния здоровья и функционального состояния организма.*
- *Оценка динамики состояния здоровья.*
- *Оценка и выбор наиболее эффективных средств и методов, как самого процесса ФВ, так и улучшения восстановительных процессов после физических нагрузок.*
- *Оценка гигиенических условий проведения занятий (температура воздуха, влажность, освещенность, вентиляция и т.п.).*
- *Соблюдения техники безопасности.*
- *Соответствие, спортивного инвентаря (размеры, масса, состояние).*
- *Соответствие одежды и обуви, организация учебно-тренировочного процесса.*

В связи с решаемыми задачами, содержанием врачебно-педагогического контроля, являются:

- **Врачебное освидетельствование.**
- **Врачебно-педагогические наблюдения непосредственно в процессе занятия.**
- **Врачебно-спортивное консультирование.**
- **Санитарно-гигиенический надзор за местами занятий.**
- **Санитарно-просветительная работа среди спортсменов и их родственников.**

- Медико-санитарное обеспечение спортивных соревнований.

Врачебная часть контроля определяет выбор средств ФВ и видов спорта с учетом индивидуальных нарушений, определяет объем занятий, специальные мероприятия, которые необходимо провести до и после тренировки, проводят классификацию спортсмена и медицинское освидетельствование, выделяют противопоказания, оценивает степень воздействия процесса ФВ на организм спортсмена-адаптанта (незначительное, умеренное, значительное, чрезмерное).

Различают *этапный, текущий и оперативный контроль.*

**Этапный контроль** оценивает уровень развития функциональных возможностей систем и органов, лежащих в основе работоспособности. Проводится в соответствии с этапами (большими циклами) тренировки, их задачами и содержанием. **Включает в себя медицинское обследование:** *осмотр специалистами, функциональные пробы, лабораторные анализы и инструментальные исследования.* Проводится в медицинских учреждениях врачами.

Современный ВПК включает также **физиологический контроль** двигательных качеств: тестирование физическими нагрузками с целью выяснения пределов силы и структуры силовых возможностей при движениях в различных суставах, соотношение силы и скорости в диапазоне угловых скоростей движений, силовой выносливости в изотоническом и изодинамическом режимах: измерение энергического потенциала - пределов аэробной и анаэробной производительности.

При этом по этапам оценивается динамика физиологических процессов, функциональных свойств, регуляции физиологических функций. С этой целью определяются показатели, которые характеризуют физиологические параметры, обеспечивающие устойчивое поддержание метаболизма и высокую работоспособность при нагрузке, факторы преодоления утомления, компенсации гипоксии и метаболических процессов (ацидоза, алкалоза, выведения лактата) - так называемый **специализированный контроль.**

**Для этого исследуют:** *размеры, формы, пропорции тела, объем сердца, ЖЕЛ, дыхательный объем, кислородную емкость крови, сосудистую проводимость, общий объем крови, уровень гемоглобина, состав мышечных волокон, мощность ферментативных систем высокоэнергетических фосфатов, энергетические запасы, эргометрические показатели аэробной и анаэробной мощности и параметры силы, максимальные значения потребления кислорода, минутного объема дыхания, кровообращения кислородного пульса, систолического объема, максимальные величины транспорта газов в организме, возможные пределы ацидотических и гипоксических сдвигов и тепловой устойчивости при нагрузке, степень развития мощности (аэробной и анаэробной) устойчивости, экономичности, подвижности функций и метаболизма, проводимость организма для кислорода, углекислоты, лактата, тепла..*

1). Определение соответствия режима нагрузок возможностям организма через оценку общей напряженности функционального состояния организма.

2). Оценку соответствия тренировочного эффекта текущих нагрузок физиологической предрасположенности спортсмена-адаптанта.

3). Оценку соответствия тренировочного эффекта текущих нагрузок их



планируемой направленности.

4). Определение адапционного потенциала организма спортсмена-адаптанта на момент исследования: *оценка резерва тренируемости. истощенность резервов, прироста разных сторон функциональных возможностей.*

С этой целью используются выяснения жалоб на состояние здоровья и общего самочувствия, медицинский осмотр и изучение следующих показателей: *уровень основного объема, частота сердечных сокращений артериальное давление, изменения на электрокардиограмме фазовый анализ сокращения сердца в покое, устойчивость к гипоксии, изменения в формуле крови, кислотно-основное равновесие, состояние сенсорных систем -- проприоцепции, вестибулярной чувствительности, возбудимости вегетативных центров, гормонального статуса и др.*

#### **Н. Гордон (1999) выделяет следующие симптомы перегрузки:**

- Боль или чувства дискомфорта в области живота, шеи, челюсти или рук.
- Тошнота во время или после выполнения ФУ.
- Появление непривычной отдышки во выполнении ФУ.
- Головокружение или обморок.
- Нарушение ритма сердечной деятельности.
- Высокий показатель ЧСС сохраняется спустя 5 мин.
- Отдыха и дольше.

#### **Оперативный контроль имеет цели:**

1. Проведение оценки влияния каждого тренировочного занятия на организм спортсмена.
2. Определение по уровню срочных адапционных реакций организма направленности и напряженности нагрузок.
3. Проведение оценки степени достижения конкретной цели каждого тренировочного занятия.
4. Осуществление оперативной коррекции тренировочного эффекта отдельных упражнений и тренировочного занятия в целом.

#### **При проведении оперативного, контроля определяют:**

- **Во время нагрузки:** *температура тела, ЧСС и частоту дыхания, их соотношение, легочную вентиляцию, отношение потребления кислорода к потреблению кислорода при лактатном пороге, и к максимальному потреблению кислорода.*

- **После нагрузки:** характеристики, отражающие утомление после нагрузки, - изменения на электрокардиограмме, ЖЕЛ, силы дыхательных мышц, параметры, отражающие характер энергообеспечения нагрузки: содержание лактата, кислотно-основное равновесие крови, метаболические показатели, отражающие характер нагрузок: содержание лактата, мочевины, фосфора, креатинфосфата, креатина, свободных жирных кислот, кетоновых тел, глюкозы и др.

**Педагогический контроль** подразумевает контроль соотношения динамики воздействий (преподавателя и других внешних факторов - семья, близкого окружения, общественного мнения, общечеловеческих ценностей) на обучаемого и его «отклика» на

эти воздействия.

В мероприятиях ВПК определяется состояние организма спортсмена-адаптанта в настоящий момент (текущее состояние), учитывается состояние, в котором спортсмен-адаптант находится ранее (генез) и делаются попытки предсказать его вероятное состояние в будущем (прогноз).

По данным ВПК выявляется общая нагрузка на организм спортсмена-адаптанта в занятиях ФУ. На основании этих данных строится физиологическая кривая нагрузки, постепенно повышающаяся к своему максимальному значению в основной части занятия и снижающаяся к концу заключительной части. Характер физиологической кривой зависит от периода занятий, функционального состояния спортсмена-адаптанта и индивидуальной ответной реакции организма на физическую нагрузку.

### **Профилактика травматизма в АФВ.**

В АФВ еще в большей мере, чем в ФВ здоровых, огромное внимание должно уделяться обеспечению безопасности учебно-тренировочного процесса. Профилактика травматизма представляет собой комплекс организационно - методических мероприятий, направленных на совершенствование ФВ.

#### **Основными причинами травматизма, как правило, являются:**

- Недостаточная профессиональная подготовленность тренера.
- Неправильное комплектование групп.
- Плохая организация тренировочного занятия.
- Недочеты и ошибки в методике занятий и организации соревнований.
- Психическая неподготовленность тренера или спортсмена к занятию.
- Нарушение дисциплины и установленных правил.
- Нарушение требований врачебного контроля.
- Неблагоприятные санитарно - гигиенические условия.
- Слабая материально - техническая оснащенность.
- Неудовлетворительное состояние спортивных сооружений, спортивного инвентаря, одежды, обуви, защитных приспособлений.
- Помехи извне, в том числе плохие погодные условия.
- Чрезмерное возбуждение во время игры.

#### **К методическим ошибкам относятся:**

- Нарушение регулярности, постепенности и последовательности в овладении двигательными навыками.
- Форсирование тренировок.
- Перегрузки.
- Неумение обеспечить по ходу и после занятий условий для восстановления функционального состояния организма.
- Переутомление и, как следствие, нарушение координации, ухудшение внимания и защитных реакций, потеря ловкости.

В организации занятий не должно быть мелочей. Несоответствие спортивного сооружения занятиям, данным видом спорта, отсутствие или низкое качество, или неправильное расположение матов, несоответствие массы и размеров мячей или гимнастических палочек возможностям спортсмена, неудовлетворительное состояние

мест тренировок, недостаточная площадь, загроможденность зала, плохое освещение, недостаточная вентиляция, скользкий или неровный пол, применение инвентаря не по назначению, проведение занятия и соревнований с неполным комплектом защитных приспособлений, обувь на скользкой подошве или не по размеру, тесная одежда, - каждая из ошибок может повлечь за собой несчастный случай и травму. Жара, холод, перепады атмосферного давления оказывают влияние на организм даже тогда, когда человек находится в помещении, вне прямого их воздействия. При этом может страдать координация движений, ловкость, чувства равновесия, что в свою очередь способствует травматизму.

**Д. Харе (1971) выделил следующие отклонение в образе жизни, которые могут приводить к травматизму:**

- *Нарушение сна.*
- *Отсутствие режима дня.*
- *Употребление алкоголя или наркотиков, курение, плохие жилищные условия.*
- *Раздражающее окружение.*
- *Нерациональное питание.*
- *Напряженные отношения в семье, печаль, ревность, негативное отношение близких к занятиям спортом.*

В результате допущенных в организации тренировочного процесса ошибок возможны повреждения, несчастные случаи и травмы.

**Различают следующие виды травм:**

Повреждение кожных покровов: потертости, ссадины, раны.

- Травмы опорно-двигательного аппарата: ушибы, повреждения капсульно-связочного аппарата суставов, растяжение мышц, надрывы и разрывы мышц, надрывы и разрывы сухожилий, вывихи, переломы.
- Травмы внутренних органов.
- Черепно-мозговые травмы: сотрясение, ушиб, сдавливание головного мозга; сдавливание, разрывы нервов и спинного мозга, контузии сосудов.

Изучением и лечением травм занимаются спортивная или клиническая медицина, но каждому тренеру необходимо иметь справочник по первой доврачебной помощи.

Организация учебно-тренировочного процесса с учетом изучения и анализа причин травматизма поможет избежать травм в ваших тренировках.

**Этой цели следующие правила:**

1. Повышение квалификации тренера и просветительская работа со спортсменами.
2. Правильное комплектование групп.
3. Полноценное материально — техническое обеспечение занятий и соревнований.
4. Контроль чистоты спортивного зала, наличия и чистоты матов и других мягких покрытий, отсутствия выступов на полу, отсутствия предметов, о которые спортсмен-адаптант, особенно ребенок, может пораниться.
5. Планирование и контроль тренировочного процесса.
6. Соблюдение требований врачебного контроля.
7. Личная гигиена спортсмена. Обязательное условие проведения занятий -

чистота помещения, особенно поверхностей, с которыми соприкасается спортсмен. В связи с нарушением уровня здоровья, снижением защитных сил организма и склонности к простудным заболеваниям, правилам гигиены следует уделять внимания еще больше, чем при занятиях ФВ со здоровыми.

8. Дисциплинированность спортсменов и добровольцев -помощников. Обязательное присутствие руководителя занятий с момента, когда занимающиеся начинают собираться в зале, на площадке, в бассейне.

9. Рациональное размещение занимающихся в спортивном зале, на площадке, в бассейне. Контроль перемещений по залу. Организованное начало, конец и уход с места занятий.

10. Обязательное обговаривание в водной части правил и методов безопасности, страховки, предупреждающих сигналов. Строгое выполнение инструкций и правил безопасности.

11. Высокоэффективная разминка, направленная на функциональное звено, претерпевающее наибольшую нагрузку и потому наиболее уязвимое.

12. Соблюдение всех дидактических принципов, в том числе индивидуализации.

13. Тщательный подбор ФУ и их последовательности. Рациональное чередование упражнений и система подводных упражнений. Оптимальные перерывы между ФУ.

14. Исключение перегрузок.

15. Развитие координационных способностей и гибкости.

16. Учет климатических и погодных условий. Умение быстро перестраивать методику занятий в соответствии с изменением внешних условий.

17. Соблюдение соответствия одежды требованиям выполняемых физкультурных задач и внешним условиям.

18. Закаливание.

19. Коррекция спортивных правил, целенаправленная на профилактику травмирующих ситуаций.

20. Создание и соблюдение правил использования, уборки и хранения спортивного оборудования, инвентаря и защитных приспособлений.

21. Соблюдение режима: регулярность и своевременность занятий и отдыха, приема пищи. Так, физическая работоспособность человека максимальна с 8 до 12 часов и с 14 до 17 часов, и минимальна с 2 до 5 часов и с 12 до 14 часов.

22. Рациональное питание спортсменов.

В АФВ в каждом отдельном случае при дефекте той или иной сенсорной системы, нарушении той или иной функции, ограничении двигательной активности и физических возможностей имеют место характерные особенности в риске травматизма.

### **Материально - техническое обеспечение.**

Поскольку целью АФВ и адаптивного спорта является интеграция инвалидов в общество, занятия АФВ желательно проводить в общественных спортивных сооружениях, в том числе на олимпийских базах. Главным критерием при выборе спортивной базы для спортсменов - адаптантов должны являться:

1. *Соответствие спортивного сооружения виду спорта.*

2. Доступность сооружения в связи с нозологией спортсмена (наличие пандусов для въезда на коляске, необходимых специальных приспособлений).

3. Доступность базы в транспортном отношении.

Одновременно приходится учитывать также уровень профессионального мастерства и общей культуры спортсмена.

Места занятий ФВ должны соответствовать следующим общим гигиеническим требованиям:

- открытые спортивные площадки должны располагаться не ближе 15м от зданий.

игровые площадки, предназначены для игры с мячом, не ближе 25м от зданий.

- зона для спортивных должна иметь ограждение по периметру высотой 0,5-0,8м.

- беговые дорожки должны быть специально оборудованы, иметь ровную поверхность.

- прыжковые ямы должны быть заполнены песком на глубину 0,5м.

Помещение, в которых проводят тренировки и оздоровительные занятия, должны соответствовать гигиеническим нормативам:

1. температура воздуха в помещении должна быть не ниже 14°С, а на улице не ниже -12°С.

2. воздухообмен в помещении - не менее 80м<sup>3</sup> воздуха в час на одного человека.

3. количество спортсменов в зале - из расчета площадки помещения 4м<sup>2</sup> на человека.

4. освещенность - не менее 200 лк.

5. световой коэффициент (отношение площади окон к площади пола) при естественном освещении  $\frac{1}{4}$  -  $\frac{1}{6}$ .

6. стены и потолки должны быть устойчивыми к ударам мяча.

7. раздевалки - не менее 0,4-0,5 м<sup>2</sup> на 1 человека.

При работе с подопечными, имеющими тяжелые формы детского церебрального паралича, при которых человек находится в вынужденном положении, часто лежащем, необходимо мягкое покрытие пола: маты и т.п.

К бассейнам в АФВ предъявляются следующие требования:

1. Глубина ванны для детей должна быть 50-80 см, для взрослых- 1,5м.

2. Оптимальный поставленный наклон дна ванны в сторону углубления, составляет 7° по отношению к горизонтали.

3. Необходим обход бассейна со всех сторон.

4. Оптимальная высота бортика 50 - 60 см.

5. Необходимы такие специальные приспособления, как специальные пандусы, чтобы спортсмен мог въехать на коляске в воду, покрытие пола, предотвращающее скольжение палок и костылей (особенно такое покрытие необходимо в душе и возле бортика бассейна).

Особенности спортивных сооружений для инвалидов, специальные архитектурные и бытовые приспособления, облегчающие занятия физкультурой при ограничении физических возможностей изложены в книге **I. Verhe "Outdoor recreation for everyone"**.

Опираясь на опыт педагогики Монтессори – использование окружающей среды в качестве стимулятора к действию АФВ должно максимально использовать разнообразный красочный привлекательный спортивный инвентарь и оборудование, способные заинтересовать собой, побудить к действию. Из оборудования это могут быть: гимнастические стенки, скамейки, теннисные: столы, лесенки, ребристые доски, тренажеры, зеркала, щиты, слайд-доски и т.п. Инвентарь тем лучше, чем разнообразнее, красочнее, занимательнее: мячи разных размеров, гимнастические палки, кольца, обручи, булавы, скакалки, флажки, баскетбольные корзины, сетки, кубы, и т.п.

Каждая нозология требует специфического оборудования и инвентаря. Например, при поражении спинного мозга в занятиях с целью фиксации частей тела применяют пояса, полотняные ленты, лямки, манжеты, корсеты, при детском церебральном параличе используются различные современные приспособления, способствующие облегчению передвижения, например, антигравитационные костюмы. При слепоте и слабовидении к мячу предъявляются особые требования: мяч должен быть ощутимым по весу, максимально круглым и ровным, чтобы его угол падения был равен углу отражения, по цвету - контрастным общему освещению и окружающей обстановке, мяч должен быть озвученным.

РЕПОЗИТОРИЙ ФНУ

## Список литературы:

1. Василенко С. Г., Беренштейн Г. Ф. - Методология и методы исследования морфофункционального статуса детей и подростков.-Витебск, 2002.-90с.
2. Велитченко В. К. Физкультура для ослабленных детей. - М., 2000.-168с.
3. Василенко С. Г. Методические указания по закаливанию детей и подростков. - Витебск, 2002. - 20с.
4. Гужаловский А. А. Основы теории и методики ФК:М.: Физкультура и спорт, 1986.-354с.
5. Гурфинкель В. С. Проблема физиологии движений. - Л., 1980.
6. Добровольский В. К. (ред) Учебник инструктора по ЛФК.-М.: Физкультура и спорт, 1974.
7. Евсеев С. П., Шапкова Л. В. АФК, М., 2000.-240с.
8. Литош Н.Л. АФК.: Психологопедагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии.-М., 2002.-140с.
9. Физическое воспитание детей и подростков, имеющих отклонение в состоянии здоровья. Методические рекомендации. -Минск, 1995.-39С.
10. Чудная Р. В. АФК.-Киев, 2000.-358с.
11. Шапкова Л. В. Средства АФК, Москва., 2001.