

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЧЕРНІГІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНОЛОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ І ПРОЕКТУВАННЯ  
Факультет життєдіяльності, природокористування і туризму  
Кафедра фізичної реабілітації

## **АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ**

### **МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

для проведення практичних занять зі студентами спеціальності «Фізична реабілітація» галузі знань 0102 «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» за напрямками підготовки 6.010203 «Здоров'я людини»

Затверджено  
на засіданні кафедри  
фізичної реабілітації  
протокол № 9 від 18 січня 2017 р.

Адаптивне фізичне виховання. Методичні рекомендації до проведення практичних занять зі студентами спеціальності «Фізична реабілітація» галузі знань 0102 «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» за напрямом підготовки 6.010203 «Здоров'я людини» / Укладач: Печко О.М., Чернігів: ЧНТУ, 2017. – 37 с.

Укладач: Печко Олександр Миколайович, кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського  
національного технологічного університету

Відповідальний за випуск: Самохін М.К., кандидат педагогічних наук, доцент,  
доцент кафедри фізичної реабілітації Чернігівського національного  
технологічного університету

Рецензенти: Синіговець І.В., кандидат наук з фізичного виховання і спорту,  
доцент, доцент кафедри спорту Чернігівського національного  
педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка;  
Чалий О.С., кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри  
фізичної реабілітації Чернігівського національного  
технологічного університету

## ЗМІСТ

Вступ .....	4
1. Засоби адаптивного фізичного виховання у соціальній адаптації та інтеграції людей з обмеженими можливостями .....	6
2. Функції адаптивного фізичного виховання .....	8
2.1 Педагогічні функції .....	9
2.1.1 Навчально-пізнавальна функція .....	9
2.1.2 Розвиваюча функція .....	10
2.1.3 Корекційна функція .....	11
2.1.4 Професійно-підготовча функція .....	13
2.1.5 Виховна функція .....	15
2.2 Соціальні функції .....	18
2.2.1 Соціалізуюча функція .....	20
2.2.2 Інтегративна функція .....	21
2.2.3 Комунікативна функція .....	22
3. Методичний інструментарій у формуванні в учнівської і студентської молоді основ здоров'язбереження засобами АФВ .....	24
3.1 Фактори реалізації завдань адаптивного фізичного виховання .....	24
3.2 Самостійні заняття з адаптивного фізичного виховання .....	25
3.3 Домашні завдання з фізичного виховання .....	27
3.4 Самоконтроль в процесі занять адаптивним фізичним вихованням .....	29
Висновки .....	33
Контрольні питання і завдання .....	34
Рекомендована література .....	35

## ВСТУП

Адаптивне фізичне виховання (АФВ) – новий напрям у вітчизняній системі освіти і науки, що вивчає аспекти фізичного виховання людей, що мають у результаті захворювань або травм різні стійкі порушення життєво важливих функцій організму і пов'язаних з ними обмежень фізичних можливостей.

Основна мета адаптивного фізичного виховання – формування і розвиток рухової активності, фізичних і психологічних здібностей, що забезпечують пристосовування особи до свого стану здоров'я, навколишнього середовища, суспільства і різних видів діяльності.

Сучасне АФВ в Україні має юридичне забезпечення і входить в державну систему реабілітації інвалідів. Права інвалідів визначені Законом України «Про основи соціального захисту інвалідів». Закон України «Про фізичну культуру і спорт» звертається безпосередньо до питань фізичної культури інвалідів: «...ст.13. Фізкультурно-оздоровча і спортивна діяльність серед інвалідів».

Право на заняття спортом людей з обмеженими фізичними можливостями гарантується Законом України «Про підтримку олімпійського, параолімпійського руху і спорту вищих досягнень в Україні»: «...ст.2.1. Держава стимулює розвиток... параолімпійського руху і спорту вищих досягнень шляхом бюджетного фінансування, зміцнення матеріально-технічної бази, надання пільг по податках, кредитування добродійниками і іншими суб'єктами фізкультурно-спортивної діяльності, а також морального і матеріального заохочення спортсменів, тренерів і фахівців галузі, які забезпечують підготовку і участь спортсменів в змаганнях спорту вищих досягнень».

На даний час однією з найважливіших проблем в Україні та за кордоном є інвалідизація. З одного боку, за своєю масштабністю, з іншого, як індикатор «гуманності» суспільства. На сьогодні у світі нараховується понад 450 мільйонів осіб, що мають обмежені фізичні та інтелектуальні можливості.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я щорічно ушкодження отримують 20 мільйонів людей, з них приблизно 12 мільйонів внаслідок аварій. В цілому інваліди складають близько 10% населення земної кулі. Ця статистика характерна і для України, де нараховується приблизно 25 мільйонів інвалідів. Незважаючи на успіхи медицини, їх число повільно, але неухильно росте, особливо серед дітей і підлітків.

Донедавна проблеми цієї досить значної категорії населення ігнорувалися, але останнім часом у результаті поступової гуманізації суспільства були прийняті Загальна декларація прав людини, Всесвітня програма дій по відношенню до інвалідів і Стандартні Правила ООН по реалізації рівних можливостей інвалідів. У багатьох країнах прийняті законодавчі акти, у яких знайшли відображення і проблеми контингенту. У нашій країні питання соціального захисту і адаптації неповносправних

вважаються одними з пріоритетних: тільки у 2000 році Президентом і Верховною Радою було схвалено понад 20 нормативно-правових актів щодо розв'язання проблем даної категорії населення. Зокрема, розроблено проект закону про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні, Національну програму їх професійної реабілітації та зайнятості; на створення робочих місць та підтримку діяльності громадських організацій інвалідів з бюджетних коштів було виділено понад 50 мільйонів гривень. Але цих перетворень, як показала практика, недостатньо, і вони не відображають усієї гами заходів, що повинні використовуватись для задоволення потреб неповносправних.

Загальне поширення має точка зору, відповідно до якої турбота суспільства про своїх співгромадян-інвалідів є мірилом його культурного і соціального розвитку. Згідно декларації прав людини неповносправним гарантоване право на рівну участь в усіх аспектах життя суспільства. У резолюції ООН, прийнятої 9 грудня 1975 р. досить докладно викладені не тільки права інвалідів, але і ті умови, що повинні створюватися державними і суспільними структурами. До цих умов відносяться умови середовища зайнятості, у тому числі мотивації з боку суспільства, забезпечення медичного обслуговування, психологічна адаптація і створення соціальних умов, включаючи індивідуальний транспорт, а також методичне, технічне і професійне забезпечення. Але у реальному житті не завжди це положення виконується через байдуже ставлення громадян до цієї соціальної групи, відсутність необхідних умов для життєдіяльності, що робить її членів не зовсім повноцінними у громадському житті.

Сучасний стан нашого суспільства вимагає гуманізації всіх сторін його життя. У зв'язку з цим особливе місце повинне бути приділено особам, що мають недоліки в розумовому і фізичному розвитку. Зважаючи на те, що кількість інвалідів зростає швидкими темпами, причому, як за абсолютною величиною, так і за питомою вагою у повному складі популяції, мінімізація кількості неповносправних та процеси їх адаптації, інтеграції у суспільство та реабілітації мають величезне значення. Однак, за статистикою, у пострадянському просторі, зокрема в Україні, відновлюють працездатність тільки приблизно 5% людей, що отримали інвалідність, що говорить про слабку ефективність заходів по соціальній адаптації і реінтеграції.

Шляхами соціальної адаптації (зниження соціальної дезадаптованості інвалідів), є підвищення матеріального забезпечення, працевлаштування, освіта, побут, одним із дієвих шляхів є залучення їх до систематичних занять адаптивним фізичним вихованням (АФВ) і адаптивним спортом (АС). Це дозволить їм оптимізувати свої функціональні показники в залежності від ступеня інвалідизації, компенсувати недостатність комунікації, підвищити свій соціальний статус. Забезпечуючи розвиток рухового апарата, зміцнюючи здоров'я, підвищуючи працездатність організму, адаптивне фізичне виховання і спорт сприяють згладжуванню і подоланню безлічі відхилень, оскільки саме рух здійснює безпосередньо той зв'язок інваліда з навколишнім світом, що лежить в основі розвитку його психічних поглядів і організму в цілому.

## **1. ЗАСОБИ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У СОЦІАЛЬНІЙ АДАПТАЦІЇ ТА ІНТЕГРАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ**

Фізична культура має великі можливості для корекції й удосконалювання моторики неповносправних осіб, особливо дітей. Велике число фізичних вправ і варіативність їх виконання дозволяють робити добір доцільних сполучень для кожного окремого випадку. Це й обумовлює перевагу засобів фізичного виховання перед відбудовною трудотерапією.

Головними причинами недостатнього розвитку засобів АФВ і АС інвалідів є непоінформованість громадськості у проблемах неповносправних і необхідність створення для них умов «рівної особистості», практична відсутність спеціалізованих спортивних споруд, інвентарю та обладнання, невирішеність проблем пристосування архітектурного середовища, доріг та транспорту, недостатність професійних організаторів і тренерів зі спеціальною освітою, відсутність цільового фінансування фізкультурно-оздоровчої роботи, недостатність науково-методичного та інформаційного забезпечення та інші. Усвідомлення спеціальних умов, які б дозволили їм приділяти більше уваги вдосконаленню форм і режимів їх індивідуальної рухової і соціальної активності є визначальним у розвитку фізичних і моральних якостей інвалідів.

Виходячи з вищезгаданого, а також необхідності оптимізації процесу соціальної адаптації та інтеграції неповносправних у суспільстві, науково-теоретичного обґрунтування подальшого розвитку адаптивної фізичної активності інвалідів в Україні актуальною є проблема розробки концептуальної моделі використання адаптивного фізичного виховання у процесі їх соціальної інтеграції та адаптації.

Методологічною основою нашого дослідження слугує сукупність філософських, педагогічних і соціологічних методів і теорій, викладених у наукових працях українських і зарубіжних дослідників: J.S. Thousand, R.A. Villa, A. Tripp, C. Sherill (теорія адаптацій), М. Мид (проблеми соціалізації особистості і адаптації індивіда до соціального середовища), Л.В. Корель, П.С. Кузнецова (соціологічна теорія соціальних адаптацій) В.А. Ядова та Г.В. Осипова (методи соціологічних досліджень), Питирима Сорокіна (теорія соціальної мобільності і соціальної стратифікації), Е. Дюркгейма та Р. Мертона (соціологія відхилень, питання соціальної нормативності), Т. Парсонса (концепція соціальної ролі хворого), В. Бергера, Л.С. Виготського, В.П. Гудоніса, Н.Н. Малофєєва, Г. Юна К. Ясперса (теоретичні принципи інтегрованого підходу до виховання і навчання дітей з обмеженими можливостями). Суттєве методологічне значення для дослідження мали також структурно-функціональний аналіз, загальнобіологічна концепція кінезофільії методологія статистичного аналізу соціальних і демографічних процесів.

Поряд із поняттями «інвалід», «інвалідність», «реабілітація інваліда», «здоров'я інваліда», «інтеграція інвалідів» на перший план зараз виходить нове

поняття – «адаптивна фізична активність» (АФА) як термін, що поєднує усі види фізичної активності, які сприяють розширенню можливостей людей з обмеженнями певних функцій, тих, хто потребує педагогічної, терапевтичної, технічної адаптуючої підтримки (у тому числі й інвалідів). АФА поділяють на три взаємодіючі сфери: педагогічну (безпосереднє навчання осіб з відхиленнями засобом вирішення рухових задач і спеціальну освіту персоналу АФА); науково-дослідну (мультидисциплінарні дослідження з педагогіки, психології, фізіології, медицини, соціології; правовий захист).

«Адаптивне фізичне виховання» яке близьке до АФА поняття, означає призначення фізичної культури для осіб із відхиленнями у стані здоров'я, у тому числі і інвалідів. Розуміється, що фізична культура у всіх її проявах повинна стимулювати позитивні реакції в системах і функціях організму, формуючи необхідні рухові координації, фізичні якості і здібності, спрямовані на розвиток і вдосконалення організму інваліда.

Як у походженні людини, так і у змістовному полі функціонування фізичної культури органічно переплітаються біологічний і соціальний компоненти: з точки зору методології, фізичне (біологічне) являє собою механізми, за якими здійснюються соціальні функції. Таким чином у життєдіяльності людини з особливими потребами біологічний стан дуже суттєво визначає соціальні прояви особистості, рівень її соціальної адаптації, тому дослідження шляхів соціальної адаптації неповносправних з використанням засобів адаптивного фізичного виховання слід вважати необхідним.

Фізична культура є особливою і самостійною галуззю культури суспільства як єдність реальної (практичної) і психічної діяльності, що набуває ряд специфічних рис стосовно неповносправних різних нозологій, які займаються фізичними вправами і масовим спортом. У процесі занять людина з обмеженими можливостями вступає у зв'язки та відношення із суспільством та природним середовищем.

За визначенням, адаптивна фізична культура – це багатофакторне явище, що складається з органічно взаємопов'язаних частин, кожна з яких має свою мету, задачі і функції. До них відносять фізичне виховання, спорт та фізичну рекреацію.

Адаптивне фізичне виховання створює початкову базу для розвитку фізичних здібностей і рухових навичок, формує передумови для їх подальшого успішного розвитку. Адаптивний спорт сприяє розкриттю цих здібностей, повноті відчуттів від життя, володінню своїм тілом. Окрім усього фізична культура для неповносправних може виступати у якості засобу соціальної адаптації та реабілітації за рахунок задоволення потреби у спілкуванні, розширення кола знайомств, самореалізації у заняттях спортом, включення у громадську працю, підвищення своїх фізичних показників.

Значний позитивний вплив занять АФВ і АС відзначено також і на батьків, що мають дітей-інвалідів. Такі батьки мають можливість відчувати гордість за дитину, що займається ФК і С та більш активно приймають участь у

процесі їх соціальної адаптації. Крім того, фахівці, що працюють з інвалідами самі становляться милосерднішими. Активізація роботи з неповносправними сприяє гуманізації усього суспільства і, таким чином, має велике соціальне значення.

Дослідженню поняття «соціальна адаптація» присвячені праці відомих вчених Л.В. Корель, К.А. Абульханової-Славської, І.А. Милославової, Л.М. Ростової, В.М. Судакова, Ю.О. Яблоновської та інших.

Авторами відзначено, що першорядною передумовою адекватної соціальної адаптації дітей з особливими потребами є їх соціальна інтеграція у середовищі здорових.

За визначенням ВООЗ, соціальна інтеграція інвалідів є кінцевою метою їх реабілітації. Термін інтеграція означає стан зв'язку окремих диференційованих частин у ціле або процес, що веде до такого стану і походить він з фізики та біології. За літературними даними поняття соціальної інтеграції характеризує:

- сукупність процесів, завдяки яким відбувається злиття різнорідних взаємопов'язаних елементів у соціальну спільноту, цілей, систему і форми підтримання соціальними групами певної рівноваги у громадських відносинах;
- здатність соціальної системи або її частин до опору руйнівним факторам, до самозбереження від внутрішніх і зовнішніх ускладнень і протиріч.

Іншими словами, у відповідності до цього, соціальна інтеграція неповносправних – це їх активна участь у основних напрямках діяльності і життя суспільства, «включеність» її у соціальні структури, призначені для здорових людей, пов'язані із різноманітними сферами життєдіяльності людини – навчальної, професійної та інших.

Передовий закордонний досвід щодо розкриття шляхів і засобів оптимальної соціальної інтеграції дітей з відхиленнями у розвитку досліджують російські науковці (Т.В. Єгорова, А.И. Капустін, Н.Н. Малофєєв, Т.В. Фуряєва, Л.М. Шипіцина, Є.А. Ямбург, Т.А. Добровольська, Е.І. Леонгард, О.М. Старобіна, Н.Б. Шабаліна, Л.И. Аксьонова, О.М. Кім та інші).

Таким чином, у ході теоретичного дослідження виявлено необхідність широкого застосування засобів адаптивного фізичного виховання у соціальній інтеграції та адаптації неповносправних.

## **2. ФУНКЦІЇ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ**

### **2.1 Педагогічні функції**

Основним каналом прилучення до цінностей фізичної культури інвалідів та осіб з обмеженими можливостями (інвалідів від народження або осіб, які отримали інвалідність в дитинстві) є адаптивне фізичне виховання, що охоплює тривалий період життя (дошкільний, шкільний, молодіжний вік).

Від інших видів виховання фізичне відрізняється тим, що в основі його лежить впорядковане навчання рухових дій, розвиток фізичних здібностей і формування пов'язаних з ними знань. Специфічною особливістю адаптивного



фізичного виховання є те, що об'єктом педагогічних впливів є людина з суто індивідуальними властивостями, зумовленими патологічними порушеннями в розвитку (сенсорними, руховими, інтелектуальними, поєднаними формами), що завжди негативно відбивається на руховій функції, фізичному розвитку, фізичній підготовленості, здатності до навчання рухам, роздільної здатності психомоторних проявів і т. п., що, безсумнівно, вимагає індивідуальної корекції педагогічних впливів.

Таким чином, сукупність взаємопов'язаних сторін адаптивного фізичного виховання (навчання, розвитку та корекції) є його сутнісною основою, що і визначає специфічні освітні педагогічні функції адаптивного фізичного виховання: навчально-пізнавальну, розвиваючу, корекційну, професійно-підготовчу і виховну.

### ***2.1.1 Навчально-пізнавальна функція***

Різноманітні рухові дії людина освоює протягом усього життя. У фізичному вихованні цей процес досягається раціональною побудовою навчання відповідно закономірностям формування знань, рухових умінь і навичок.

Внутрішню логіку процесу освіти та вдосконалення рухової дії можна схематично представити як послідовний перехід від знань і уявлень про дію до вміння його виконувати, а потім від уміння до навички (Матвеев Л.П., 1991).

Для людини, що має обмежені можливості рухової функції, навик не завжди може бути реально відповідним завданням. Необхідним результатом багаторічного адаптивного фізичного виховання повинен бути різноманітний фонд рухових умінь і пов'язаних з ними знань, які забезпечать дану категорію людей руховим досвідом, знаннями та можливістю використання їх у практичних умовах життєдіяльності (у побуті, навчанні, праці і т. п.).

Важливою стороною навчально-пізнавальної функції є не тільки освоєння широкого діапазону рухових умінь, а й інтелектуалізація цього процесу. Висловлене П.Ф. Лесгафтом положення про дидактичне значення слова і думки, випереджальний рух, про єдність розуму, душі і тіла має концептуальне значення для фізичної освіти дітей, особливо тих, хто має порушення в розвитку.

Як найбільш істотні, що забезпечують повноцінність освітньої функції адаптивного фізичного виховання, виступають такі теоретичні відомості: знання про елементарні рухи, частини тіла, з якими вони пов'язані (назви, поняття, роль в русі), про цілісні рухи (біг, метання, стрибки та ін.), їх техніка та вплив на організм, знання про статуру, вимоги до постави, дихання, харчування, режиму дня, гігієну тіла й одягу, загартовування, знання про значення руху в житті людини і самостійних занять фізичними вправами на вулиці і в будинку для збереження і поліпшення здоров'я, розваги та спортивної підготовки (Ян В.І, Катков В.Г, 1989; Шитикова Г.Ф, 1997).

Інтелектуалізація фізичної освіти найяскравіше проявляється в міжпредметних зв'язках, коли рухові дії, організовані у формі ігрових

композицій, що складаються з рольових рухливих ігор, виконуваних під вірші, скоромовки, загадки, полегшують освоєння елементарних математичних уявлень про кількість, величину, обсяг, простір та час, активізують мовну діяльність, правильне звукопроговарювання, збагачують словниковий запас, розвивають увагу, моторику дрібних рухів пальців тощо (Баранова Н.А., 1993).

Встановлено, що труднощі загальноосвітнього навчання, що виникають у дітей із затримкою психічного розвитку, патологій зору і слуху легше долаються в процесі занять фізичними вправами, особливо в ігровій формі (Вигодська І.Г. з співавт., 1984; Кулешова Г.В., 1992 ; Страковський В.А., 1994; Полиевский С.А., Ільїн В.А., Осадченко І.В., 1997).

### **2.1.2 Розвиваюча функція**

В силу цілісності організму навчально-пізнавальна та розвиваюча функції невіддільні одна від іншої, хоча і різні за своєю природою.

Природний процес фізичного розвитку це зміна морфофункціональних властивостей організму в онтогенезі. Він відбувається незалежно від волі людини і здійснюється за еволюційними законами вікового розвитку. Протягом життя форми і функції людини зазнають багаторазові послідовні і нерівномірні зміни (Бальсевич В.К., 1988; Лісіцин Ю.П., Петленко В.І., 1992).

Фізичне виховання по відношенню до фізичного розвитку виступає як свого роду початок - джерело доцільно напрямних впливів на організм (Матвеев Л. П., 1991).

Однак фізичний розвиток дитини-інваліда залежить не тільки від фізичного виховання, а й від цілої сукупності різних факторів і умов, соціальних і біологічних (ступеня основного порушення, супутніх захворювань), в тому числі генетичних, які необхідно враховувати при розвитку м'язової сили, швидкості, гнучкості, координаційних здібностей та ін. (Григоренко В.Г., Сермеев Б.В., 1991; Осик В.І., ахромії А.Г., 1993; Скворцов А.Ф., Ілларіонов В.П., 1993; Курдибайло С.Ф., 1997).

Розвиток аномальної дитини завжди супроводжується порушенням моторних функцій, відставанням і дефектами рухової сфери. Від своїх здорових однолітків вони відстають на 1-3 роки (Щуплецова Т.С., 1990; Дмитрієв А.А., 1991; Лебедева Н.Т., 1993; Ростомашвілі Л.М., 1997).

Так, за даними А.А. Дмитрієвої (1991), учні з проблемами інтелекту мають:

1. порушення фізичного розвитку: відставання в довжині і масі тіла, ожиріння, порушення постави, деформацію стопи, порушення у розвитку грудної клітини, низькі показники життєвої ємності легень, деформацію черепа, лицьового скелета, дисплазію (відхилення органів від нормальної форми і розміру);
2. недоліки в розвитку основних рухів: неточність рухів у просторі та часі; невміння виконувати різні рухи; грубі помилки в диференціюванні м'язових зусиль; низький рівень рівноваги; обмежені амплітуди рухів у

бігу, стрибках, метаннях; відсутність легкості і плавності в рухах; зайву напруженість і скутість рухів;

3. порушення у розвитку основних фізичних якостей: відставання від норми в показниках сили основних м'язових груп тулуба і кінцівок (на 15-30%), швидкості рухів (10-15%), витривалості (20-40%), швидкісно-силових якостей (15-30%), рухливості в суглобах (10-20%).

Практика показує, що інвалідність (через втрату зору, слуху, інтелектуальної недостатності, поразок опорно-рухового апарату) в першу чергу призводить до порушення координації рухів. Стійкість вертикальної пози, збереження рівноваги і впевненої ходи, здатність узгоджувати і регулювати свої дії в просторі, виконувати їх вільно без зайвої напруги і скутості, - ті властивості, які необхідні людині для нормальної життєдіяльності, задоволення особистих, побутових та соціальних потреб, але саме вони найчастіше лімітують рухову діяльність інваліда.

Порушення регуляторних механізмів ЦНС, сенсорних корекцій, що забезпечують регулювання пози і рухів, рецепторних систем (пропріорецепції, вестибулярного апарату), нервово-м'язових механізмів, провідних шляхів та інших структур, що беруть участь в управлінні рухами, є головними причинами «розбалансування» і координаційних розладів у руховій сфері інвалідів (Вайзман Н.П., 1976; Мастюкова Е.М., 1985).

Реалізація розвиваючої функції передбачає визначення пріоритетних напрямів у розвитку фізичних якостей, виходячи з посилок, що, по-перше, всі вони тренуються, по-друге, розвиток координаційних здібностей базується на широкому діапазоні різноманітних рухових умінь. Загально визнано, що чим вище фонд рухових умінь, тим вище передумови для побудови нових рухів і їх перетворення до потреб життя. Водночас освоєння нових рухів пов'язане з необхідністю розвитку фізичних якостей (силових, швидкісних, витривалості та ін.) Таким чином формується коло залежностей навчання та розвитку, що відображає їх діалектичну єдність і взаємозв'язок. По-третє, дитячий, підлітковий і юнацький вік є сприятливим для ефективного розвитку рухово-координаційних здібностей (Бальсевич В.К., 1996; Лях В.І., 1996).

Для інваліда розвиток координаційних здібностей у шкільному віці має першорядне значення, так як від досягнутого рівня залежать подальші можливості рухової активності та самовдосконалення.

### ***2.1.3 Корекційна функція***

Корекційна діяльність в адаптивному фізичному вихованні спрямована на забезпечення повноцінного фізичного розвитку, підвищення рухової активності, відновлення і вдосконалення психофізичних здібностей, профілактику та попередження вторинних відхилень у аномальних дітей (Смирнова І.А. з співавт., 1995; Пузанов Б.П., 1996).

У практиці фізичного виховання здорових дітей корекційні завдання відносять до оздоровчих і профілактичних, що розв'язуються повсякденно на кожному уроці (Шитикова Г.Ф., 1986). У адаптивних групах вирішення цих

завдань вимагає особливо пильної уваги, так як в них входять діти, які мають тимчасові або постійні порушення різних систем і функцій організму (захворювання внутрішніх органів, систем дихання і кровообігу, гормональні порушення; дефекти опорно-рухового апарату: сколіози, плоскостопість, порушення постави; органів зору та ін.)

Фізичне виховання відповідно до вимог навчальної програми для цієї категорії школярів здійснюють вчителі фізичної культури (часом з усіма учнями класу одночасно незалежно від медичних груп), де велику питому вагу займають корекційні вправи з використанням елементів лікувальної фізкультури. Уроки в груповій або індивідуальній формі носять освітньо-оздоровчий характер і спрямовані на усунення дефектів, профілактику вторинних відхилень у стані здоров'я, загартовування, підтримку працездатності учнів за рахунок сприятливих режимів навантаження. Ця робота вимагає від вчителя додаткових спеціальних психологічних і медичних знань, потреба в яких обумовлена відмінністю фізичного виховання, орієнтованого на хвору дитину (Євсєєв С.П., Шапкова А.В., Федорова Т.В., 1995).

У роботі з аномальними дітьми, що мають стійкі порушення в розвитку, корекційна функція є непорівнянною за своїм значенням і обсягом, пронизуючи всі напрямки АФВ (Іпполітова М.Б., 1989).

Традиційно корекційну роботу в допоміжних школах, школах-інтернатах та інших освітніх установах ведуть психологи і педагоги-дефектологи, які вивчають психофізичні особливості розвитку аномальних дітей, закономірності їх навчання і виховання.

Дефектологія включає чотири розділи спеціальної педагогіки: сурдопедагогіка, тифлопедагогіка, олігофренопедагогіка і логопедія. Основний принцип цих дисциплін - орієнтація не на дефект і обмежений їх рівень розвитку, а на потенційні можливості дитини (Лапшин В.А., Пузанов Б.П., 1990; Шипіцин Л.М. із співавт., 1995, 1996).

Аналіз державних освітніх стандартів корекційних шкіл (за ред. Шіпіцина Л.М., 1996) показує, що роль рухової корекції у розвитку та вихованні аномальної дитини явно недооцінюється, а підготовка педагога-дефектолога не передбачає спеціалізованої освіти у сфері адаптивного фізичного виховання.

Разом з тим корекція порушень в русі і фізичному розвитку, психомоторних здібностях здійснюється засобами адаптивного фізичного виховання на основі диференційованого та індивідуального підходу до дитини у відповідності зі статтю, віком, особистісної орієнтацією, мотивами, ступенем і характером патології, станом збережених функцій і т.д.

Є всі підстави для визнання корекційної функції як специфічної функції адаптивного фізичного виховання - дисципліни, покликаної реалізувати корекційно-педагогічну діяльність серед дітей-інвалідів.

Передумовами до цього є:

1. спільність методологічних концепцій, що базуються на знанні закономірностей психічного і біологічного функціонування організму з патологічними порушеннями;

2. один і той же об'єкт педагогічної діяльності - аномальні діти з конкретними порушеннями в умовах рухової, сенсорної, інтелектуальної депривації;
3. загальна мета педагогічної діяльності - формування психології рівної особистості, самостійності, можливості вибору, розвиток потенційних здібностей, соціалізація та інтеграція в суспільстві;
4. відмінності полягають у шляхах досягнення мети; якщо в дефектології переважно використовуються психологічні засоби і методи (психодіагностика, психокорекція, психоконсультування), то в адаптивному фізичному вихованні - засоби і методи активізації рухів (навчання, розвиток, корекція), які є природною потребою і умовою життєдіяльності аномальної дитини.

#### **2.1.4 Професійно-підготовча функція**

Адаптивне фізичне виховання крім перерахованих має ще одну важливу педагогічну функцію - підготувати інваліда до майбутньої професійної діяльності. Актуальність цієї функції обумовлена тим, що після закінчення навчального закладу (школи, ПТУ, технікуму, вузу) перед інвалідом постає проблема зайнятості, конкурентоспроможності на ринку праці, задоволення потреби в діяльності, матеріальної незалежності існування, самореалізації в діяльності, психічної готовності до інтеграції в суспільство та ін. (Кавокін С.Н., 1997).

В умовах навчального закладу ця робота здійснюється об'єднаними зусиллями лікарів, педагогів, психологів, вихователів, майстрів виробничого навчання. Кожен навчальний заклад має набір спеціальностей, за якими здійснюється професійна підготовка інвалідів, навчальну програму і спеціалістів (Сторожева Л.А., 1992; Іванов Г.Г., Міненко А.Б., 1997).

Процес формування професійної придатності учнів з дефектами фізичного розвитку починається з раннього виявлення у аномальної дитини передумов професійних здібностей і пропонує вирішення наступних завдань:

1. Корекцію основного дефекту за рахунок використання збережених можливостей.
2. Вдосконалення і тренування відстаючих у своєму розвитку професійно значущих функцій.
3. Розвиток професійних інтересів і схильностей у відповідності з можливостями організму, створення стійких соціальних і професійних установок.

Підбір професій має свої особливості і труднощі, так як всередині кожної нозологічної форми є широкий діапазон порушень. Розглянемо це положення на прикладі зорової патології.

За міжнародною класифікацією ВООЗ всі особи з вираженим зниженням зорових функцій поділяються на три групи: сліпі (з гостротою зору 0-0,03), слабозорі (0,04-0,2), зі зниженим зором (0,3-0,4). Відповідно до цієї класифікації розроблені медичні критерії профорієнтації окремо для кожної

групи, де вказані характер дефекту, ступінь його вираженості, показані фактори умов праці, професії та спеціальності, а також форма трудового пристрою.

Не менш складною є проблема переорієнтації та освоєння нової професії (або спеціальності) особами, які раптово отримали інвалідність внаслідок ампутації кінцівки, втрати слуху, зору і т.п. Допомога фахівця адаптивного фізичного виховання полягає в тому, щоб за рахунок рухової активності максимально поліпшити загальний фізичний стан, допомогти оволодіти необхідними формами рухів, підготувати сенсорні системи до нових умов праці, розвинути фізичні та психічні якості, необхідні в конкретній професійній діяльності.

Корекцію функції рухової системи і формування фізичної готовності до праці здійснюють викладачі адаптивного фізичного виховання. При цьому спеціальні завдання в роботі з дітьми, що мають порушення зору, передбачають:

1. Корекцію скутості та обмеженості рухів.
2. Розвиток функції рівноваги.
3. Розвиток навиків орієнтування на слух.
4. Розвиток м'язового почуття.
5. Розвиток зорового сприйняття й поліпшення функцій окорухового апарату.

При проведенні занять, що включають елементи професійної фізичної підготовки, важливо дотримуватися запобіжних заходів з попередження травматизму, а також індивідуально нормувати фізичне навантаження, неадекватність якої може спровокувати прогресування хвороби (Щуплецова Т.С. з співавт., 1993).

Такий, досить вузький підхід до завдань та реалізації фізичної підготовки до майбутньої професії розглядається фахівцями з корекційної педагогіки.

У теорії фізичної культури розроблені фундаментальні концепції професійно-прикладної фізичної підготовки, які передбачають широке цілеспрямоване коло впливів на організм людини, заснований на моделюванні умов і характеру діяльності в майбутній професії (Ільїніч В.І., 1990).

Для складання професійно-підготовчої програми необхідні такі знання: характеристика трудової діяльності, основні фактори стомлення, ступінь нервового і фізичного напруження, монотонність, робоча поза, характер рухового режиму, тривалість робочого дня, умови праці (шум, вібрація, температура повітря, обмежена площа тощо), характер функціонального навантаження (на зір, слух, серцево-судинну і дихальну системи, опорно-руховий апарат), особливості розподілу уваги, можливі профзахворювання тощо.

Створення подібної програми для інвалідів вимагає включення спеціальних знань, конкретних рухових умінь, розвитку професійно важливих психомоторних якостей, підготовки сенсорних систем, підвищення стійкості до несприятливих факторів зовнішнього середовища і профілактику профзахворювань.

За участю великої кількості фахівців у галузі професійної підготовки інвалідів частина її, безсумнівно, є самостійним розділом адаптивного фізичного виховання (від складання програми до її реалізації) та здійснюється засобами фізичного виховання, тому представляє специфічну педагогічну функцію, включаючи в себе навчально-пізнавальну, розвиваючу, корекційну і виховну діяльності.

### **2.1.5 Виховна функція**

Процес педагогічної діяльності у сфері адаптивного фізичного виховання, впливає на розвиток особистості людини з фізичними недоліками і обмеженими можливостями, так як діяльність завжди ініціює психічні, інтелектуальні прояви, формуючи певні відносини до себе і оточуючих, ціннісні орієнтації, мотиви і потреби, тобто надає виховний вплив на особистість (Коломінський Н.Л., 1978; Дурова І.А., 1992).

На виховання особистості дитини-інваліда впливають: середовище, сім'я, вчителі та викладачі інших дисциплін, лікарі, психологи, друзі, однолітки в школі і поза нею (Хорош С.М., 1989; Миронова Е.В., 1989; Мастюкова Є. М., 1992).

До виховної функції адаптивного фізичного виховання правомірно віднести лише ті її прояви, які є прямим результатом педагогічної діяльності на заняттях фізичними вправами. Тому методика проведення уроку, стиль поведінки і професійні знання та вміння вчителя, організація взаємодії учнів, створення психологічного клімату визначають ступінь адаптації дитини до рухової діяльності і успішність виховання.

До основних педагогічних вимог, відповідним формуванню особистості дитини-інваліда на уроці фізичної культури, належать:

- облік індивідуальних особливостей кожного учня (морфо-функціональний розвиток, стан збережених функцій, медичні протипоказання, стан рухових функцій і координаційних здібностей, рівень фізичної підготовленості, здатність до навчання рухам, ставлення до занять фізичними вправами (інтереси, мотиви);
- адекватність засобів, методів і методичних прийомів навчання рухових дій, розвитку фізичних якостей, корекції психомоторних порушень і професійної фізичної підготовки, оптимізація навантаження, повідомлення нових знань;
- емоційність занять (музика, ігрові методи, нетрадиційне обладнання та ін.);
- створення умов реального виконання завдань, надання допомоги, забезпечення безпеки;
- заохочення, похвала, схвалення за найменші успіхи;
- контроль і самоконтроль за динамікою результатів навчально-пізнавального процесу і функціональним станом особи.

До психологічних вимог належать:

- створення психологічного клімату на занятті (позитивний настрій, позитивна мотивація, підтримання емоцій і відчуттів радості, бадьорості, оптимізму, комфорту), що впливає на прояв і розвиток свого «Я»;
- згуртованість групи (постановка загальної мети, об'єднання спільними інтересами, взаємодопомога, взаєморозуміння, симпатія, емпатія, рольові функції);
- стиль спілкування (рівний статус, доброзичливість, довіру, авторитет та особистий приклад вчителя, його відкритість, виражена увага до кожного учня), що привносить в життєдіяльність групи духовні цінності;
- примирливі акти у разі конфліктів: виключення відчуттів дискомфорту, невпевненості, агресії, ворожості, гніву, які можуть настати внаслідок нестійкого психічного самопочуття, перенапруження, болю, невдачі, вироблених або невербальних розбіжностей, емоційного незадоволення, відсутність уваги та ін. Способами вирішення конфліктів можуть бути ніжність, гумор, жарт, компроміси, поступки, обопільний аналіз ситуації, концентрація на позитивному, переорієнтування уваги на саморегуляцію, самоконтроль, встановлення рівноваги між зовнішніми впливами, внутрішнім станом і формами поведінки (Щуркова Н.Є, 1997).

Адаптивне фізичне виховання, продовжуючись протягом тривалого періоду життя, не тільки надає різнобічний вплив на організм учнів-інвалідів, а й формує нове усвідомлення власного «Я», розуміння необхідності самовиховання, яке виступає як засіб саморозвитку природних властивостей, компенсації рухової недостатності, зміцнення здоров'я, тілесних сил, розширення психомоторних можливостей для нормальної життєдіяльності.

Сутність самовиховання полягає в усвідомленому самозмінюванні особистості. Набуття знань про позитивні якості і недоліки сприяє становленню цілей і мотивів, пошуку ефективних засобів для систематичної та самостійної роботи над собою. Принципове значення має перехід виховання в самовиховання, від зовнішніх моральних норм і вимог поведінки до внутрішніх (Рувинский А.І., Соловійова О.Є., 1982; Кон І.С., 1984). На цей процес впливає взаємодія особистості з зовнішнім світом. Чим ширше коло спілкування з іншими людьми в процесі активної практичної діяльності, тим більше можливостей для зіставлення, порівняння оцінок і уточнення або підкріплення власної позиції.

Самовиховання включає:

- самоаналіз, самоспостереження - аналіз своєї діяльності, вчинків, причин успіхів і невдач, спостереження за фізичним станом, розумінням власного «Я», самопочуттям, настроєм і т.д.;
- самоконтроль, самооцінка - контроль за своїми діями, вчинками та їх оцінка, засновані на реєстрації власних показників і суб'єктивних відчуттів під впливом фізичних вправ (ведення щоденника, облік динаміки показників фізичної підготовленості, настрою, самопочуття і т.д.).



На думку К. Роджерса (1994), самооцінка забезпечує людині орієнтацію в навколишньому соціальному середовищі, узгодженість його внутрішніх вимог до себе із зовнішніми умовами. Найважливішою умовою психічної цілісності індивіда К. Роджерс вважає гнучкість в оцінці самого себе і вміння змінювати раніше виниклу систему цінностей;

- самоосвіта, самопізнання - самостійне поповнення знань про будову, функціонування та розвиток організму, про пізнання своїх власних можливостей (Давидов В.В., 1986);
- саморегуляція рухової активності, яка втілюється в осмислену потреба самовдосконалення, і в різних життєвих ситуаціях досягається різними прийомами самовиховання - самодисципліною, самоорганізацією, самонавчанням, самокорекцією, самоспостереженням, самооблізацією, самонавіюванням, самообмеженням та ін. (Арет А.Я., 1968; Пономарьов Н.І, 1996).

Взаємозв'язок прийомів самовиховання у процесі фізичного виховання формує переконання, мотиви, установки і такі риси характеру, як почуття власної гідності, здорове честолюбство, терпіння, твердість, наполегливість, відповідальність та ін. (Никифоров Г.С., 1985; Берні Р., 1986; Горбунов Г.Д., 1986; Орлов Ю.М., 1987).

Цей процес не завжди протікає гладко. Вікові психологічні особливості накладають свій відбиток на самовиховання дитини, підлітка, юнака. Так, утвердження своєї самостійності і свободи, характерні для домагань підлітків, часто вступають у протиріччя з їх реальними можливостями, проявами максималізму, невмінням співвідносити свої сили.

Важливо зауважити, що самовиховання це не автономний процес. Спрямовуюча роль на уроці належить вчителю фізичного виховання, хоча форми і ступінь педагогічного керівництва самовихованням змінюються залежно від міри дозрівання особистості. Поступово, посилюючи функції самовиховання, педагог залучає в цей процес учнів-інвалідів, надаючи їм розширені можливості для прояву ініціативи і самостійності, а потім повністю передає їм свої функції.

Таким чином, взаємодія спрямовуючої ролі вихователя і свідомої активності учня веде до поступового переростання адаптивного фізичного виховання в самовиховання, яке в наступні роки стане фундаментом і передумовою активного використання цінностей адаптивної фізичної культури, фізичного та духовного самоствердження, формування здорового стилю життя, соціалізації та інтеграції інвалідів в суспільство.

У цьому і полягає ідея гуманістичного підходу до особистості як вищої цінності у всій його тілесній і духовній неповторності і унікальності (Биховська І.М., 1993; Лубишева Л.І., 1993; Столяров В.І., 1993; Корабліна Е.П., 1996; Свищев І.Д., 1997 та ін.)

## **2.2 Соціальні функції**

Адаптивне фізичне виховання, взаємодіючи в системі суспільних відносин з іншими соціальними інститутами, процесами та явищами, формує зв'язки, що відображає її соціальні функції. До них належать такі: соціалізуюча, інтеграційна, комунікативна. Таке виділення соціальних функцій вельми умовно, так як вони органічно вплітаються в педагогічний процес, але можуть існувати і незалежно від фізичного виховання.

### **2.2.1 Соціалізуюча функція**

Стрижневою проблемою спеціальної освіти аномальних дітей є соціалізація - процес соціального розвитку особистості дитини, засвоєння ними певної системи знань, норм і цінностей, що дозволяють йому функціонувати в якості рівноправного члена суспільства (Петровський А.В., 1987; Фельдштейн Д.І., 1994).

Для дитини з відхиленнями у розвитку набути соціального досвіду, стати особистістю - значить, мати перспективу усунення бар'єрів в освіті, культурі, фізичному та інтелектуальному розвитку, комунікації, професійній підготовці.

Соціалізація - складний системний процес, що має різні стадії, періоди, етапи, фази, створювані безперервно і дискретно, диференційовано і інтегровано, з тенденцією поступального руху, незворотності, спадкоємності. Він має глибинне значення в системі різних наук, які вивчають становлення і розвиток особистості як суспільної істоти. Основою цього процесу є теоретичне положення про діяльнісну сутність людини (Леонтьєв А.Н., 1983; Виготський Л.С., 1982. Т. 2). При цьому виділяють дві форми діяльності: соціально-громадську (освоєння і пізнання навколишнього світу) і індивідуально-самостійну (пізнання себе і самовиховання).

Складність проблеми багато в чому визначається соціально-економічною структурою суспільства, зрілістю суспільної свідомості, професіоналізмом і компетентністю фахівців, що здійснюють педагогічну діяльність, умовами та вимогами освіти на сучасному етапі його розвитку.

У цій ситуації важливо визначити місце АФВ і ступінь його участі в процесі соціалізації особистості аномальної дитини. Є думка, що рухова активність і особливо спорт, є найефективнішими засобами соціалізації особистості і дитини, і дорослої людини (Мартені Р., 1979).

На думку багатьох авторів (Фельдштейна Д.І., 1994; Захарова А.І., 1996; Зінківського В.В., 1996; Овчаренка С.А., 1997), первинною інстанцією, де зароджується соціалізація, є сім'я. Дитина свідомо чи несвідомо засвоює манери поведінки, установки, звички відповідно до критеріїв і ціннісних уявлень батьків, братів, сестер. У ранньому дошкільному віці сім'я різним чином може сприяти (або перешкоджати) фізичній активності дитини. Тут важливо відзначити, що передача різного роду відомостей, пізнання навколишнього світу, становлення моторики, формування духовного та емоційно-психічного розвитку здійснюються переважно через гру.

У наступні періоди життя (молодший, середній, старший шкільний вік) ключові позиції соціалізації переносяться на навчальну діяльність. Проте гра як і раніше залишається інноваційним потенціалом, невичерпним джерелом, актуалізуючим процесом формування особистості і її соціалізації (Майнберг Е., 1995).

Гра вабить до себе тим, що в ній реальне і уявне зближуються і поєднуються, непомітно переходячи з одного в інше, при цьому в душі дитини домінують почуття, емоції і фантазії. Входячи в ту чи іншу роль, дитина вживається в різноманітні соціальні образи, тому що в грі найчастіше зображується живе (людина, тварина тощо), знайомиться з різноманітним соціальною дійсністю; вступаючи в спілкування, він пізнає внутрішній світ і стосунки людей, секрети їх взаємодій, переживає радість перемоги і поразки. Спочатку він наслідує, потім «прозріває» і розуміє, а надалі сам визначає свою роль, соціально-психологічні установки та орієнтири.

Є концепція, що пояснює тривалість дитинства, яке, як відомо, у людини, на відміну від тварин, становить приблизно третину життя. В.В. Зінківський, ще в 1924 р. висловив гіпотезу про те, що «ігри потрібні не тільки для психофізичного дозрівання, вони не менш (якщо не більш) потрібні для соціально-психічного дозрівання» Перш ніж увійти в реальне життя, дитина повинна пройти фазу вільного свого прояву, щоб оформитися, зміцніти, придбати незалежність і соціальний досвід. Дитинство, на думку автора, визначається тим, що саме грі належить основна роль у формуванні фізичної, психічної, соціальної активності. Дитинство триває до настання зрілості, розквіту сил і самостійності, при цьому біологічна зрілість настає набагато раніше зрілості соціальної.

Для дітей-інвалідів ігровий метод представляється найбільш доцільним. Порушення нормальних контактів, викликаних патологічними порушеннями, незрілість емоційної і вольової сфери, недостатня самостійність, невміння долати труднощі і орієнтуватися в життєвих ситуаціях, нереалізована потреба у визнанні та самоствердженні - виразні ознаки соціально-психічної дезадаптації (Романова Є.С., Усанова О.Н., Потьомкіна О.Ф., 1990; Забрамна С.Д., 1995 та ін.)

Гра активізує образно-емоційне мислення, увагу, пам'ять, знімає розумову втому, підвищує самовіддачу, створює творчу атмосферу, сприяє усуненню замкнутості, сором'язливості. Гра дозволяє моделювати рольові відносини, вступати у взаємодію з партнерами, що необхідно для формування навичок спілкування серед дітей-інвалідів (Ян В.І. з співавт., 1989; Зарін А.П., Ложко Е.А., 1994; Загрядська П. В., 1997).

Цілеспрямовано підібрані рухливі ігри, естафети, ігрові завдання, ігрові композиції, ігри-казки, ігри з речитативами і рахунком, імітаційні ігри та ін. розвивають дрібну моторику, координацію рухів, рівновагу, точність, диференціювання зусиль, покращують якість звукопромовляння, допомагають освоєнню елементарних математичних уявлень тощо, тобто стимулюють розвиток фізичних, психомоторних та інтелектуальних здібностей дітей.

Природно, що в різних нозологічних групах дітей вміст ігрової діяльності (за спрямованістю, складністю, тривалістю) неоднаковий і лімітується збереженням інтелекту, моторної мобільністю, фізичною підготовленістю, віком та іншими факторами. Проте всі діти незалежно від характеру порушень вважають гру іншою формою рухової активності, так як вона задовольняє природну потребу в грі і русі і є засобом самовираження.

Таким чином, гра як засіб і метод рухової активності, використовувана в адаптивному фізичному вихованні, синтезує в собі ті функції, які супроводжують соціалізації дитини-інваліда.

### ***2.2.2 Інтегративна функція***

Освіта дітей-інвалідів та дітей з відхиленнями у розвитку здійснюється в соціальних навчальних закладах. Однак практика показує, що частина дітей з патологічними порушеннями навчається в масовій школі серед здорових однолітків. Це так зване інтегроване навчання (Гілевич І.М., Забара Є.А. та ін., 1997).

Частково здійснювана в освітньому процесі інтеграція - не самоціль, а один з можливих напрямків реабілітації та підготовки дітей-інвалідів до майбутнього самостійного життя та інтеграції в суспільстві.

В останні роки в спеціалізованих навчальних і наукових закладах ведеться цілеспрямована розробка моделей інтегрованого навчання, що включає пошук критеріїв відбору дітей для інтегрованого навчання з урахуванням їх віку, характеру первинного дефекту та особливостей прояву вторинних, а також соціального оточення і можливостей ефективної корекційної допомоги дітям з порушенням слуху (Гілевич І.М., Тігранова Л.І., 1995; Миронова Е.В., Шматко Н.Д., 1995), зору (Махортова Г.Х., Солнцева Л.І., 1994), проблемами інтелекту (Шипіцин Л.М., 1995), з наслідками дитячого церебрального паралічу (Іпполітова М.В., Чернобровкіна Е.Д., 1997), на стадії переходу від диференційованого навчання дітей у спеціальних установах до інтегрованого виділяють 2 типу інтеграції: інтернальну і екстернальну. Інтернальна інтеграція - об'єднання усередині системи спеціального навчання, екстернальна передбачає взаємодію спеціального та масового навчання.

Визначення термінів початку інтегрованого навчання вирішується індивідуально по відношенню до кожної дитини і за бажанням його батьків. У першу чергу, це залежить від вираженості відхилень у розвитку. Так, діти з легкими відхиленнями можуть бути інтегровані в соціум з раннього дошкільного віку і початкової школи. Дітей з більш серйозними порушеннями доцільно інтегрувати в масову школу після початкового навчання, а для дітей з важкими і складними відхиленнями інтегроване навчання у загальноосвітній школі неможливо, воно реально тільки в спеціальній школі.

Проблеми інтегрованого навчання, досліджувані педагогами-дефектологами, на жаль, не зачіпають фізичного виховання, де спільні заняття фізичними вправами є природною формою рухової активності і, отже, відкривають великі можливості для реалізації цієї ідеї.

Така інтеграція приносить користь не тільки дітям з проблемами розвитку та інвалідам, а й учням масових шкіл, які, маючи друзів зі спеціальної школи, вчаться проявляти співчуття не тільки до цих дітей, а й до дорослих і літнім людям із спеціальними потребами, права яких ущемлені, що сприяє надалі розумінню та повазі прав будь-якої людини (Хілько Н.С., 1992).

У таких країнах, як США, Японія, Німеччина, Італія, Швеція, Данія, Бельгія та ін. інтегроване навчання існує давно і має законодавчі основи. Мета його в тому, щоб сприяти незалежності та інтеграції дітей з відхиленнями у розвитку та допомагати їх сім'ям. Причому термін «відхилення у розвитку» трактується як важка хронічна або розумова недостатність, яка проявляється до 22 років, важко піддається лікуванню, призводить до функціональних обмежень основних галузей життєдіяльності, таких, як самозахист, здатність сприймати і відтворювати мову, здатність до навчання, мобільність, самоорієнтація, здатність до незалежного життя та матеріального забезпечення. У США на сьогоднішній день проживають приблизно 3 мільйони людей з відхиленнями у розвитку (Косарєв Е.Д., 1995).

На даний момент в Україні «відстоюються» положення, які найбільш повно забезпечують можливість включення дітей з проблемами в розвитку та інвалідів у загальноосвітній процес, при якому діти отримуватимуть повноцінну освіту, індивідуалізоване, доступне, засноване на потребах і можливостях дитини і спрямоване на максимальну їх реалізацію, щоб забезпечити найбільш адекватні умови соціалізації.

Наше суспільство поки не готове до визнання інваліда як рівної особистості, а інтегроване навчання вимагає створення адаптованих навчальних програм, обладнання, технічних засобів, матеріальних вкладень, від педагогів - іншого рівня мислення та професійної підготовки, широкої компетентності, досвіду і майстерності.

Створення концептуальних засад та практичної реалізації інтегрованого навчання потребує свого вирішення на державному рівні.

### ***2.2.3. Комунікативна функція***

Ця функція найтіснішим чином пов'язана з соціалізуючою та інтегративною. Спілкування як соціальний процес має особливе значення для дітей-інвалідів, оскільки входить у зміст людського взаєморозуміння (Ханін Ю.А., 1980; Бодальов А.А., 1983).

Діти-інваліди з порушенням сенсорних систем, мови, опорно-рухового апарату, а також аномальні діти - вихованці дитячих будинків та надомного навчання мають меншу мобільність, а отже, і обмежені в можливостях спілкування (Корсунська Б.Д., 1969; Богуш А.М., 1984; Садовникова І.М., 1995). У спілкуванні відбивається потреба людини в емоційному контакті з іншими людьми, в прояві своїх почуттів і відповідному розумінні, відчутті включеності в будь-яку діяльність. Способи взаємодії людей у процесі спілкування різноманітні.

Вони включають: переконання, наслідування, навіювання, спонування, схвалення та ін., які реалізуються за допомогою мови. Безсумнівно, що ці та багато інших форм знаходять своє вираження в процесі адаптивного фізичного виховання.

Але складність навчання серед дітей-інвалідів полягає в тому, що багато з них мають відхилення в розвитку мови. Найчастіше зустрічаються алалія, афазія, ринолалія, дизартрія, заїкання. В якості вторинних порушень виступають: обмеженість мислення, утруднення в читанні і письмі, відхилення в емоційно-вольовій сфері і слабкорозвиненій мовній функції (Корнєв А.Н, 1997).

Мовними відхиленнями супроводжуються також складні дефекти (поєднання двох і більше дефектів розвитку). Діти з такими дефектами - особлива категорія аномальних дітей, в якій виділяють такі групи: розумово відсталі, сліпі та слабозорі; розумово відсталі, глухі і слабочуючі; глухі слабозорі; сліпоглухі; глухі і слабочуючі з порушенням опорно-рухового апарату та ін. Поєднання дефектів спотворює розвиток цих дітей більшою мірою, ніж аномальних дітей інших категорій (Пузанов Б.П., 1996).

Корекції дефектів вимови, мови, письма надається велике значення. Здійснюють її логопеди, лікарі, психологи. Відповідно до теорії Л.С. Виготського центральною областю корекції і компенсації дефекту є формування вищих психічних функцій і, в першу чергу, мови як засобу спілкування.

Урок адаптивного фізичного виховання передбачає досить широкий спектр спілкування, заснований на прямому і зворотньому зв'язку (учитель-учень, учень-учень). Залежно від збереження мовної функції спілкування може приймати різні форми: вербальні та невербальні. Так, глухі і слабочуючі додатково використовують дактильну мову за допомогою пальців як заміник усного мовлення та «читання з обличчя», що забезпечують спілкування і розуміння партнера.

Таким чином, можна виділити деякі особливості спілкування на уроці адаптивного фізичного виховання:

1. У разі коли мовна функція збереглась, спілкування не зустрічає особливих перешкод і учні отримують всю необхідну інформацію, використовуйте традиційні форми спілкування.
2. Специфічною особливістю рухової діяльності на уроці є спільні дії при виконанні фізичних вправ, коли взаєморозуміння досягається без слів (парні та командні вправи, естафети, рухливі та спортивні ігри тощо). Це не означає, що спілкування не відбувається. Сам характер рухової діяльності формує певну структуру взаємин: узгоджені по точності та координації руху, переміщення в просторі, підтримки, допомога, страховку та інші, які представляють собою невербальне рухове спілкування. В результаті такого спілкування діти-інваліди ближче пізнають один одного, разом переживають радощі й прикросі, порівнюють і оцінюють дії і вчинки інших і свої власні, формуються

взаємовідносини довіри, симпатії, визначається ставлення не тільки до фізичних вправ, а й до всього навколишнього, виробляються внутрішні установки, засвоюється ступінь поведінки, звички і т.п.

3. При порушенні мовної моторики урок адаптивного фізичного виховання являє собою сприятливе поле діяльності для сполученого вирішення завдань фізичного виховання і корекції мовних порушень (формування фонематичного слуху, чіткої артикуляції, збільшення словесного запасу тощо) (Баранова Н.А., 1993; Махова А.І., 1997) шляхом підбору спеціальних вправ з використанням ігрового методу і речитативів. Це положення ілюструє практичну реалізацію міжпредметних зв'язків і реальну участь адаптивного фізичного виховання в корекції мовної функції, а отже, і розширення можливостей спілкування.

### **3. МЕТОДИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ У ФОРМУВАННІ В УЧНІВСЬКОЇ І СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ОСНОВ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ ЗАСОБАМИ АФВ**

#### ***3.1 Фактори реалізації завдань адаптивного фізичного виховання***

Навчальні заняття, домашні завдання по АФВ направляють процес оздоровлення, розвитку організму і адаптації хворого до умов сучасного життя. Навчальні заняття, що проводяться під керівництвом і безпосередній участі викладача, озброєного знаннями про специфіку захворювань, методами використання засобів адаптивного фізичного виховання забезпечують освоєння навчальної програми, озброюють учнів або студентів навичками по збереженню і зміцненню здоров'я, а також виробляють переконаність в необхідності дотримання норм здорового способу життя. Головний результат виховання тих чи інших якостей особистості - це свідоме ставлення до справи.

У адаптивних групах ах учні та студенти повинні свідомо ставитися до свого здоров'я і вміти користуватися всіма засобами і методами адаптивного фізичного виховання для відновлення втраченого здоров'я.

З огляду на специфіку АФВ слід виділити головні умови діяльності спеціаліста з фізичної реабілітації:

1. Вміння програмувати розвиток учня або студента як особистості, на діяльність по формуванню знань про своє здоров'я і умінь застосовувати фізичні вправи для відновлення здоров'я.
2. Зміст діяльності фахівця з фізичної реабілітації полягає з послідовних дій:
  - а) вироблення позитивного ставлення до знань основ адаптивного фізичного виховання;
  - б) формування оціночних ситуацій;
  - в) стимулювання рухової активності в процесі фізичної реабілітації;
  - г) реалізація знань і умінь в практичній діяльності, на заняттях і в позаурочних самостійних заняттях фізичними вправами.

Рішення виховних завдань через зміст фізичної культури висуває на провідне місце в діяльності учнів і студентів мотивацію. У процесі навчання

фізичним вправам АФВ характеризується і визначається домінуючим мотивом - усвідомлення цінності здоров'я, бажання отримувати відомості про своє здоров'я і можливості відновити і зміцнити його за допомогою засобів фізичного виховання.

За кожним мотивом, що входить в мотивацію, варто розуміти потребу в здоровому способі життя. Мотивація є процесом перетворення потреб у мотиви, а в результаті спонукання до певної діяльності (фізичні вправи, рухова активність і т.д.).

Освітні завдання АФВ тісно пов'язані зі специфікою захворювань і процесом відновлення здоров'я після перенесеного захворювання. Особливістю адаптивного фізичного виховання учнівської молоді, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи (при всіх його відмінностях від фізичного виховання учнів інших медичних груп), є те, що в кожній з медичних груп використовують майже всі, за невеликим винятком, методи, засоби та організаційні форми, що застосовуються в інших групах.

Істотні відмінності в процесі фізичного виховання учнівської молоді спеціальної групи в порівнянні з підготовчою і основною визначаються не тільки застосуванням якихось специфічних впливів, але і ефективне співвідношення засобів фізичного виховання.

Це положення визначає особливу складність дій викладача на відміну від лікаря, що забезпечує оздоровчий ефект для хворих осіб на попередньому етапі - в період лікування. Медикаментозні засоби і методи, що застосовуються для лікування хворих, строго специфічні, тоді як засоби фізичної культури в значній частині є загальними не тільки для здорових дітей, а й для тих, які перенесли і мають різні захворювання.

Найважливішим фактором, який забезпечує оздоровчий вплив засобів фізичного виховання, які використовуються для учнівської молоді спеціальної медичної групи, є вибір певних співвідношень застосовуваних засобів, методично правильне поєднання їх, яке забезпечує за умови точного дозування необхідний оздоровчий ефект.

Однак, як би вірно не була визначена загальна спрямованість роботи з кожним окремим учнем або студентом, необхідно строго вивіряти правильність обраної тактики і стратегії і відповідність їх функціональним можливостям організму.

Вирішальне значення і реалізація завдань фізичного виховання набуває індивідуалізація дозувань не тільки всередині групи підлітків і студентів навіть з подібними діагнозами, але і по відношенню до одного й того ж хворого, у якого змінюються в процесі занять резервні можливості організму.

Заняття адаптивною фізичною культурою дають можливість хворому освоїти фізичні вправи, які допомагають йому перемогти хворобу.

Подолання власної слабкості формує волю, характер; перетворює особистість: зникає скутість, страх, комплекс неповноцінності. Єдність оздоровчих, освітніх і виховних завдань АФВ для учнівської молоді адаптивних



груп є запорукою успіху в процесі адаптації їх до умов школи або вищого навчального закладу, зокрема і в навчальній і трудовій діяльності.

Звідси випливає, що головною особливістю навчальних занять з фізичного виховання є індивідуальний підхід спеціаліста до учнів або студентів спеціальної медичної групи. Ні в одному виді навчальної діяльності викладач не може так ефективно допомогти хворому студенту як на заняттях фізичного виховання. Тому навчальні заняття з фізичного виховання відрізняються від інших дисциплін тим, що вони є рекреаційно-відновними.

Знання викладачем індивідуальних особливостей студента: анамнез хвороби, резервні можливості організму в поєднанні з тактом і його доброзичливістю визначають таку особливість - справжню зацікавленість викладача в реабілітації студента. Цей контингент учнівської молоді більше ніж будь-хто потребують моральної підтримки і керівництва з боку фахівця.

Головна вимога до навчальних занять - це різноманітність методичних прийомів і цікавий зміст з урахуванням специфіки медичних груп, тобто облік особливостей захворювань або поєднаних хронічних хвороб.

### ***3.2 Самостійні заняття з адаптивного фізичного виховання***

Необхідною складовою частиною процесу АФВ і оздоровлення учнів і студентів спеціальної медичної групи є самостійні заняття. Ці заняття служать не тільки істотним доповненням до занять в учбовому закладі, але й повинні стати потребою для дітей з порушеннями в стані здоров'я.

Самостійні заняття фізичними вправами і загартування включають ряд організаційних форм. Це ранкова гімнастика, домашні завдання з фізичного виховання, самостійні заняття фізкультурою, фізкультурно-оздоровчі заходи, загартовуючі процедури.

Для забезпечення найбільшої результативності самостійних занять фізичними вправами важливо, щоб кожен учень або студент спеціальної групи старанно виконував щодня ранкову гімнастику і домашні завдання спеціаліста з фізичної реабілітації.

*Ранкова гімнастика* - ефективність і необхідність ранкової гімнастики пояснюється тим, що всілякий відпочинок, особливо нічний сон, усуваючи стомлення, що накопичилося в процесі попередньої діяльності, разом з тим послаблює регуляцію функцій організму. Ранкова гімнастика допомагає перебудові на активну діяльність протягом дня, ліквідувати застійні явища у внутрішній органах і привести центральну нервову систему і нервово-м'язовий апарат в робочий стан.

#### *Приблизний комплекс ранкової гімнастики*

Залежно від характеру майбутньої діяльності комплекси ранкової гімнастики мають диференційований характер. Якщо день починається з занять з теоретичних дисциплін, в ході яких учень або студент знаходиться в малорухливому стані, необхідна значно більша стимуляція функції рухового апарату, серцево-судинної дихальної систем, обміну речовин і енергії, ніж в тих

випадках, коли перше заняття, що починає день, виділено для професійної підготовки.

Нижче наведено типовий комплекс ранкової гімнастики, призначений для навчального дня, що починається з занять з теоретичних дисциплін (переважно розумова робота).

1. В.П. (вихідне положення) - основна стійка (о.с.), 1-2 - руки повільно через сторони підняти вгору, голову відвести назад, долоні звернені вгору, потягнутися, піднімаючись на носки, вдих; 3-4 - в.п., видих. Повторити 4-5 разів.
2. В.П. - Стійка ноги нарізно, руки на пояс. 1-4 - кругові обертання головою вліво; 5-8 - кругові обертання головою вправо. Повторити 6-8 разів у кожен сторону.
3. В.П. - Ноги нарізно, руки на поясі. 1-2 - поворот вліво, руки в сторони; 3-4 - поворот вправо, руки в сторони. Повторити 6-8 разів у кожен сторону.
4. В.П. - Ноги нарізно, руки на поясі. 1-2 - поворот тулуба вправо, руки розвести з напругою в сторони, вдих; 3-4 - в.п. Повторити 5-6 разів, чергуючи повороти вправо і вліво.
5. В.П. - о.с. 1 - короткий і швидкий «пружний» нахил тулуба, пальцями торкнутися колін; 2 - повторити такий же короткий і швидкий нахил, кілька поглиблюючи його і торкаючись пальцями середини гомілки; 3 - те ж, дістаючи пальцями стопи; 4 - в.п. Дихання довільне. Повторити 6-8 разів.
6. В.П. - о.с. 1 - зігнути ліву руку в ліктьовому суглобі, не зводячи лікоть від тіла і торкаючись пальцями до плеча; 2 - те ж правою рукою; 3 - підняти ліву руку вгору, стиснувши пальці в кулак; 4 - те ж правою рукою; 5 - зігнути ліву руку в ліктьовому суглобі, розтискаючи пальці, доторкнутися ними пліч; 6 - те ж правою рукою; 7 - опустити ліву руку вниз; 8 - те ж правою рукою; 9 - опустити ліву руку вниз; 10 - в.п. Дихання довільне. Повторити 6 разів.
7. В.П. - о.с. 1 - підняти ліву ногу вгору, згинаючи її одночасно в коліні, вдих; 2-3 - обхопити коліно кистями рук і притиснути його до грудей, видих; 4 - в.п. Повторити 6-8 разів, чергуючи ноги.
8. В.П. - о.с. Стрибки на двох ногах з рухами рук, відповідними рухам ніг (ноги в сторони і руки в сторони), протилежними рухами ніг (ноги в сторони, а руки вздовж тіла), ноги навхрест, вперед і назад. Дихання довільне. Тривалість 30-40 сек.
9. Вільне дихання з підніманням розслаблених рук вперед і в сторони і переступанням з ноги на ногу. Тривалість 15-20 сек.
10. В.П. - Ноги нарізно, руки на поясі. 1 - присісти, руки витягнути вперед (можна дотримуватися однієї рукою за стіл), видих; 2 - в.п., вдих. Повторити 8-10 разів.
11. В.П. - Ноги нарізно, руки на поясі. 1 - «пружний» нахил тулуба вправо з відведенням лівої руки вгору і вправо, видих; 2 - те ж з великою

амплітудою руху, видих; 3 - в.п .; 4 - пауза, спокійне дихання. Повторити 4-6 рази в кожную сторону, чергуючи нахили вправо і вліво.

12. В.П. - Сидячи, руки в замку перед собою, вдих. 1 - витягнути руки, з'єднані в замку вперед, повернути їх долонями назовні, видих; 2 - в.п., вдих. Повторити 3-4 рази.

### ***3.3 Домашні завдання з фізичного виховання***

Домашні завдання з будь-якої теоретичної дисципліни є обов'язковою складовою частиною навчального процесу. Однак з фізичного виховання домашні завдання ще не стали звичними. Тим часом для учнів і студентів з порушеннями в стані здоров'я вони вкрай необхідні. Тільки навчальні заняття не в змозі забезпечити ні відновлення функціонального стану пошкоджених захворюванням органів і систем, ні навіть заповнити рухову недостатність.

Три 45 хв. уроки на тиждень для учнів і чотири академічні години в тиждень на 1 і 2-му році навчання для студентів, що відводяться для групових занять фізичними вправами, не забезпечують і половини необхідного часу занять фізичним вихованням. Крім того, заняття є груповими і, отже, на кожного учня або студента при цьому, як би не прагнув фахівець підвищити щільність уроку, доводиться лише частина часу, використовуваного для реальних занять фізичними вправами.

Особи, віднесені за станом здоров'я до спеціальної групи, в цьому відношенні знаходяться в гіршому становищі. Знижений загальний рівень фізичних навантажень на занятті з фізичного виховання, викликаний необхідністю забезпечити відновлення реакцій кровообігу і дихання, включення великої кількості дихальних вправ і пауз, заповнених спокійним диханням, зменшують як обсяг, так і інтенсивність м'язової діяльності студентів спеціальної медичної групи. Разом з тим число пропусків занять у цього контингенту також виявляється більшим через підвищену захворюваність.

Таким чином, без додаткових, що проводяться поза розкладом занять фізичним вихованням, дійсного успіху проведена викладачами робота забезпечити не може. Важливо зрозуміти, такі «позанавчальні» форми фізичного виховання в загальному бюджеті часу займають досить значне місце.

Тільки лише двадцять хвилин на день, що можуть витратити учні або студенти щодня для виконання домашніх завдань з фізичного виховання, плюс одна година таких занять в неділю, складуть незамінний баланс для профілактики або збереження свого здоров'я. Причому якщо викладач змушений навчальний час розподіляти серед усього контингенту, що неминуче призводить до більших чи менших (в залежності від характеру занять, виду підготовки, умов і забезпечення заняття, а також досвіду викладача) втрат часу, то кожен учень або студент організує свої самостійні заняття практично без втрат. Отже, домашні завдання - це суттєвий резерв підвищення ефективності фізичного виховання осіб спеціальної групи.

У домашні завдання включають заняття фізичними вправами, які реалізують такі цілі:

1. Вивчення комплексів вправ ранкової гігієнічної гімнастики, ввідна гімнастики, фізкультурної паузи, фізкультурної хвилинки і фізкультурної мікропаузи.
2. Самостійна робота по формуванню передбачених програмою рухових навичок і умінь.
3. Корекція деяких порушень постави і статури, які не вимагають спеціальних занять коригуючої гімнастикою.
4. Поліпшення слабких сторін фізичного розвитку і фізичної підготовленості осіб, що займаються.
5. Удосконалення навичок довільного керування диханням.
6. Освоєння деяких навичок самоконтролю за реакціями організму на фізичні навантаження.

У самостійній роботі по формуванню передбачених програмою рухових навичок і умінь проводять освоєння тих фізичних вправ, які включаються в навчальні заняття, однак не можуть бути належним чином виконані на цих заняттях, так як вимагають необхідної підготовленості або більшого часу.

Найчастіше з цією метою доводиться в домашні завдання включати освоєння наступних рухових навичок:

- ходьба на місці з правильною поставою, високим підніманням стегон і рухом рук (у дзеркала);
- стрибки на місці (висота 20-30 см) з м'яким приземленням;
- правильне, зі збереженням рівноваги, піднімання зігнутої і випрямленою ноги;
- вправи з в.п. - лежачи на животі, руки зігнуті в ліктьових суглобах і розведені в сторони, кисті покладені одна на іншу і під підборіддя, ступні разом; піднімання голови і рук назад або в сторони, піднімання голови і рук, зігнутих в ліктьових суглобах (ліктьї назад, лопатки з'єднані), піднімання голови і рук, піднімання голови і тулуба, руки на поясі;
- вправи з в.п. - лежачи на спині, руки вздовж тулуба: піднімання голови з одночасним згинанням ступенів, почергове піднімання ніг (під різними кутами), руху велосипедиста, піднімання тулуба з опорою руками об підлогу, те ж в положенні руки на поясі;
- вправа на розслаблення рук і по черзі ніг, виконувані з в.п. – стоячи;
- вправа з в.п. - стоячи, руки в сторони: п'ятою правої ноги доторкнутися до лівого коліна, зафіксувати це положення, зберігаючи рівновагу. Те ж із закритими очима;
- присідання на повну стопу, витягаючи руки вперед. Присідання на носках, руки витягнуті вперед. Те ж, руки на поясі;
- вправи для м'язів стопи: захоплення дрібних предметів (малий м'яч, коробок сірників і т.п.) пальцями ніг, згинаючи стопу в положенні сидячи;

- ходьба по гімнастичній лаві (лінії на підлозі) з підкиданням, ударами об підлогу і ловом м'яча;
- метання малого м'яча у ціль;
- вправи з гімнастичною палицею: нахил вперед, палицю горизонтально вгору, за голову, за лопатки (одним рухом занести палицю, утримувану перед собою двома руками, за спину);
- рівновага на лівій (правій) нозі («ластівка»);
- вправи для м'язів черевного преса: піднімання прямих ніг в положенні опори тіла на кистях;
- підтягування у висі стоячи з поштовхом ніг;
- стрибки через скакалку на одній і обох ногах з м'яким приземленням на носки;
- зі стійки на колінах опускання тулуба на підлогу збоку (праворуч, ліворуч) і повернення в в.п.;
- в упорі стоячи - піднімання стегна до рівня горизонталі з одночасним підніманням на носок опорної ноги і повним її випрямленням (виконувати поперемінно обома ногами);
- вміти пересуватися на лижах ковзним кроком з палицями; відштовхуючись ними; без палиць або тримаючи їх під руками;
- повороти на лижах на місці, поворот упором обома лижами («плугом»);
- підйом на лижах ступаючим кроком (прямо і навскоси), підйом «драбинкою» по пологому схилу, підйом «ялинкою» на схил до 20°;
- гальмування на лижах однієї лижею («полуплугом»);
- відпрацювання дихання для занять плаванням. Стати поруч з табуретом, на якому стоїть таз із водою. Нахилитися і опустити обличчя у воду: вдих, повернути голову в бік так, щоб рот був під водою, видих, повернути голову в попереднє положення. Домогтися спокійного, рівномірного дихання;
- розучування рухів руками в положенні стоячи, те ж - ногами в положенні сидячи (в певному способі плавання).

### ***3.4 Самоконтроль в процесі занять адаптивним фізичним вихованням***

Обов'язковою умовою правильно організованого процесу самостійних занять адаптивним фізичним вихованням є самоконтроль учнівської і студентської молоді. Вони проводять найпростіші спостереження за станом свого організму. Самоконтроль дозволяє вихованцям спеціальної групи оцінити суб'єктивні відчуття, що дає можливість уникнути випадків несприятливого впливу занять фізичними вправами, а також при використанні навантажень без урахування поточного функціонального стану організму.

У процесі самоконтролю вони реєструють суб'єктивні і об'єктивні показники функціонального стану свого організму. До суб'єктивних показників відносять самопочуття, сон, апетит, оцінку працездатності, ставлення до занять

фізичними вправами, а також наявність будь-яких болів або неприємних відчуттів.

Самопочуття - суб'єктивно оцінювана комплексна характеристика загального стану організму. Вона складається з ряду ознак: відчуття бадьорості або втоми, млявості, наявності (або відсутності) болів або неприємних відчуттів в тому чи іншому органі, частини тіла і т.п. Самопочуття доцільно оцінювати за п'ятибальною шкалою (5 - відмінне, 4 - гарне, 3 - посереднє, 2 - погане і 1 - дуже погане). Якщо у учня або студента з'являються незвичайні відчуття, то він повинен зазначити в щоденнику їх характер, а також вказати, після чого вони виникають (наприклад, поява болю в області печінки під час повільного бігу).

Слід мати на увазі, що болі в м'язах можуть виникати при відновленні занять фізичними вправами після тривалого періоду або ж при різкому збільшенні навантаження в заняттях.

Головні болі, запаморочення можуть починатися при втомі (перевтомі) і тому є важливою діагностичною ознакою. У учнів або студентів, які перенесли захворювання серця або інше захворювання, при якому серце втягується в патологічний процес, при надмірно інтенсивних фізичних навантаженнях можуть з'являтися болі за грудиною (або в лівій половині грудної клітини), а також відчуття серцебиття. Про таких болях вони зобов'язані негайно повідомити фахівця, записати в щоденник самоконтролю, коли і в зв'язку з чим були відзначені ці явища, скільки вони тривали.

У деяких випадках у осіб, які займаються фізичними вправами, може виникати відчуття нестачі повітря при посиленому і утрудненому диханні.

Фіксувати увагу на це явище слід лише в тому випадку, якщо задишка з'являється після таких фізичних навантажень, які раніше виконувалися без труднощів дихання, або ж якщо різко посилене дихання триває довго після припинення фізичних вправ.

Будь-які незвичайні зміни самопочуття, які з'являються в зв'язку з виконанням фізичних вправ, слід також відзначати в щоденнику самоконтролю.

Сон зазвичай характеризується швидким (протягом 5-10 хв.) засипанням і легким пробудженням. Після сну млявість швидко проходить і з'являється відчуття бадьорості і свіжості. Безсоння або сонливість, поганий сон з повільним засипанням, утрудненим пробудженням, відчуття млявості, «розбитості» після сну, а також неспокійний сон (з перериваннями, головними болями, серцебиттям, неспокійними сновидіннями і т.п.) може бути проявом перевтоми або початок захворювання. Особи спеціальної групи повинні пам'ятати, що «економити» на сні ні в якому разі не можна: спати потрібно стільки, скільки необхідно для того, щоб відчути себе добре відпочившим (не менше 7-8 годин на добу). З початком систематичних занять фізичними вправами потреба уві сні зростає до 8-8,5 год.

У щоденнику самоконтролю учні або студенти реєструють тривалість сну і його характер, а при порушеннях сну - особливості цих порушень (погане засипання, повільне пробудження, безсоння, важкі або неспокійні сновидіння і т.п.).

Апетит характеризує важливу сторону загального стану організму, повноцінність його життєдіяльності. Погіршення або відсутність апетиту може вказувати на стомлення або початок захворювання.

Відзначаючи порушення апетиту, важливо також не упустити і інші ознаки порушення травлення (наприклад, печія, болі в надчеревній ділянці і т.п.).

Працездатність і її зміни виключно важливі в оцінці впливу на організм занять фізичними вправами. Природною, нормальною реакцією на правильно організовані заняття фізичними вправами є підвищення працездатності, що оцінюється учнями або студентами з багатьох звичних показників виконання звичайних фізичних навантажень в побуті та праці. Стан втоми, суб'єктивно відчувається як втома, настає після занять фізичними вправами, зазвичай швидко зникає, після чого особа відчуває підвищену працездатність. Якщо ж втома відчувається довго після заняття (кілька годин) або ж він відчуває її поза заняттям, то це може вказувати на перевантаження фізичними вправами, або на хворобливий стан організму. Працездатність, як і самопочуття, бажано оцінювати за п'ятибальною системою.

При зниженій працездатності необхідно враховувати і настрій, так як відомо, що погіршення настрою призводить до порушення загального стану організму і його працездатності.

Правильна оцінка змін суб'єктивного стану організму можлива лише при зіставленні ознак, що відзначаються самим учнем або студентом, з показниками, які об'єктивно реєструються фахівцем з фізичної реабілітації і лікарем. Важливе значення в цьому відношенні має також аналіз змісту занять фізичними вправами (особливо самостійних занять), а також облік загального режиму.

З об'єктивних показників стану організму в процесі самоконтролю реєструють частоту пульсу, масу тіла, показники динамометрії кисті, потовиділення, а крім того (за рекомендацією педагога або лікаря), і інші ознаки, знання яких може виявитися корисним для судження про зміни функціонального стану організму учня або студента в процесі занять фізичними вправами.

Частоту пульсу рекомендують визначати вранці в ліжку після пробудження, а потім відразу ж після переходу в положення стоячи. При цьому частота пульсу підвищується зазвичай в межах 8-16 уд./хв. Більша різниця вказує на підвищену збудливість нервових центрів, що регулюють ритм серцевих скорочень.

Масу тіла досить вимірювати один раз в тиждень, найкраще вранці, натщесерце, після спорожнення сечового міхура і кішечника. Зважуватися слід на одних і тих же вагах без верхнього одягу.

Після початку систематичних занять фізичними вправами маса тіла зазвичай дещо знижується за рахунок звільнення організму від надлишків води і жиру. Потім, після пристосування організму до фізичних навантажень маса

стабілізується, а в подальшому поступово наростає за рахунок збільшення м'язової тканини.

Розвитку тренувального ефекту властиво регулюючий вплив на масу тіла. У осіб, чия маса перевищує нормальні показники, відзначається зниження її, тоді як у юнаків (дівчат) з недостатньою масою відбувається її підвищення.

Динамометрія дозволяє визначити силу м'язів кисті і спини. Кистьовим динамометром вимірюють силу м'язів правої і лівої кисті, а становим динамометром - м'язів спини. При користуванні кистьовим динамометром потрібно зручно захопити його пальцями, поклавши так, щоб стрілка і шкала були звернені до долоні. При вимірі сили м'язів спини необхідно ручку динамометра зачепити за ланка ланцюга на такому відстані від підлоги, щоб вона була на рівні колін. Ноги під час жиму залишаються випрямленими.

Перше, пробне зусилля рекомендують не робити максимальним. Через деякий час (10-15 сек.) після пробного зусилля, роблять максимальне зусилля і отриманий результат вносять в журнал самоконтролю.

Показники динамометрії, як і всі об'єктивно зареєстровані ознаки, вимірюють в один і той же час доби, причому обов'язково в стані після попереднього спокою. Неприпустимо проводити вимірювання після заняття фізичними вправами, так як в цьому випадку будуть отримані результати, що характеризують вплив виконаного навантаження і втоми на зареєстровані показники.

Потовиділення - важливий показник функції вегетативної нервової системи. Для учнів і студентів адаптивних груп ця ознака має істотне значення, так як побічно вказує на повноцінність вегетативного забезпечення м'язової діяльності (або, навпаки, на порушення роботи цього механізму).

Зазвичай поза фізичних навантажень потовиділення не відчувається. Причиною відчутного потовиділення (в пахвовій області, на долонях, лобі) може бути хвилювання. При виконанні фізичних навантажень посилюється потовиділення і стає відчутним. Нормальна реакція організму при звичайних температурних умовах і при тих за величиною і інтенсивності навантаженнях, які використовують в заняттях з учнями або студентами спеціальних груп, характеризується невеликою пітливістю (відсутність крапель поту на лобі, вологість в пахвовій області і на долонях). Таку реакцію позначають як помірне потовиділення. Поява дрібних крапель поту на лобі і долонях вказує на значне потовиділення, а стримує у пахвовій області піт і поява великих крапель поту на лобі, грудях і спині - на надмірне потовиділення.

Розвиток стану тренуваності супроводжується зменшенням потовиділення. Особливе діагностичне значення ця ознака набуває у учнів і студентів спеціальної групи, функція вегетативної нервової системи яких часто буває порушена.

Фахівець зобов'язаний ознайомлюватися із записами щоденника самоконтролю не рідше одного разу на два тижні, а лікар - при повторних обстеженнях учнів або студентів адаптивних груп.



## **ВИСНОВКИ**

Наше суспільство поки не готове до визнання інваліда як рівної особистості, а інтегроване навчання вимагає створення адаптованих навчальних програм, обладнання, технічних засобів, матеріальних вкладень, від спеціалістів - іншого рівня мислення та професійної підготовки, широкої компетентності, досвіду і майстерності.

Необхідна інтегральна сукупність педагогічних, соціальних, економічних, медичних заходів, що лежать в основі концептуальних положень використання адаптивного фізичного виховання як засобу соціальної інтеграції та адаптації інвалідів у сучасному українському суспільстві.

Система професійної підготовки майбутніх фахівців з адаптивного фізичного виховання до роботи в спеціалізованих центрах повинна відображати взаємодію теоретичної і практичної підготовки в поєднанні з пізнавальною та самостійною роботою, а завдяки створеним педагогічним умовам сприяти формуванню професіоналізму майбутніх фахівців.

Таким чином, взаємодія спрямовуючої ролі фахівця з фізичної реабілітації і свідомої активності учня або студента веде до поступового переростання адаптивного фізичного виховання в самовиховання, яке в наступні роки стане фундаментом і передумовою активного використання цінностей адаптивної фізичної культури, фізичного та духовного самоствердження, формування здорового стилю життя, соціалізації та інтеграції інвалідів в суспільство.

**Контрольні питання і завдання**

1. Чому педагогічні функції адаптивного фізичного виховання є провідними в адаптивної фізичної культури?
2. Розкрийте зміст навчально-пізнавальної функції.
3. У чому особливості розвиваючої функції?
4. Що означає корекційна функція?
5. Що коригується в організмі і особистості аномальної дитини?
6. У чому полягає професійно-підготовча функція?
7. Розкрийте зміст виховної функції.
8. Педагогічні та психологічні вимоги до формування особистості аномальної дитини.
9. Роль самовиховання у формуванні особистості.
10. Розкрийте роль функціональних зв'язків адаптивного фізичного виховання з іншими соціальними процесами і явищами.
11. У чому сутність соціалізації інвалідів, які навчаються в державних навчальних закладах?
12. Роль гри в процесі соціалізації особистості.
13. Що таке інтегративна функція?
14. Розкрийте варіанти інтеграції, можливі в фізичному вихованні дітей-інвалідів та дітей з обмеженим здоров'ям.
15. Особливості інтеграції дітей-інвалідів у інших країнах.
16. Що таке комунікативна функція?
17. Роль спілкування в житті дитини-інваліда.
18. У чому труднощі спілкування дитини-інваліда в різних нозологічних групах?

### РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура (цель, содержание, место в системе знаний о человеке) // Теория и практи. физ.культуры. — 1998. — № 1.
2. Евсеев С. П., Курдыбайло С. Ф., Сусяев В. Г. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учеб. пособие. — М.: Сов. спорт, 2000.
3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: Учеб. пособие / В. А. Лисовский, С. П. Евсеев, В. Ю. Голофеевский, А. Н. Мирошниченко. — М.: Сов.спорт, 2001.
4. Шанина Г. Е. Адаптивная физическая культура как фактор социального здоровья лиц с ограниченными возможностями // Теория и практи. физ. культуры. — 2003. — № 1. — С. 56–57.
5. Шапкова Л. В. Средства адаптивной физической культуры: Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с изменениями в интеллектуальном развитии. — М.: Сов. спорт, 2001. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата / Под ред. Н. А. Гросс. — М.: Сов. спорт, 2000.
6. Аулик И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте — М., Наука, 1984.
7. Белозерцева И. Оставить в живых! Профилактика суицидального поведения у детей // Основы безопасности жизнедеятельности. — 2002. — № 11. — С. 22–27.
8. Белозерцева И. Этот ребенок невыносим! Клинико-психологическая характеристика детей-суицидентов // Основы безопасности жизнедеятельности. — 2000. — № 10. — С. 27–31.
9. Виноградова Р. Н. Об опыте работы по интерграции в общество людей с ограниченным и возможностями в Германии // Соц. и клин. психиатрия. — 2000. — Т. 10. — № 4. — С. 72–73.
10. Выготский Л. С. Основы дефектологии // Собр. соч. — М., 1983. — Т. 5.
11. Гиббс Р. Если Вам за 50. — М.: Физ-ра и спорт, 1985.
12. Дегонская Е. В. Метод “Вилкион”-терапии в лечении сопутствующей соматической патологии у детей с церебральным параличом // Укр. вісн. психоневрології. — 2002. — Т. 10. — №2. — С. 203–204.
13. Дембо А. Г. Врачебный контроль в спорте. — М., 1988.
14. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура, ее философия, содержание и задачи // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. — СПб., 1996.
15. Епифанов В. А. Медицинское обеспечение спорта у инвалидов // Вопр. курортології, фізіотерапії і лічєбної фізкультури. — 1995. — № 6. — С. 47–48.
16. Зелинская Д. И., Белова Л. С. Детская инвалидность. — М., 2001. — 136 с.

17. Коренев Н. М. Международные подходы к оценке последствий заболеваний и травм // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2001. — № 3.
18. Курдыбайло С. Ф. Влияние гипокинезии и ампутации конечностей на функциональное состояние организма // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов.— СПб., 1996.
19. Лапшин В. А., Пузанов Б. П. Основы дефектологии. — М., 1990.
20. Маккьюсик В. А. Наследственные признаки человека.— М., 1976.
21. Матов В. В. Медицинские проблемы современной оздоровительной физической культуры (обзор) // Теория и практика физ. культуры. — 1987. — № 2. — С. 43–46.
22. Милнер Е. Выбираю бег. — М.: Физ-ра и спорт., 1985.
23. Нечаева Н. В., Сыромолотов Ю. С. Физкультура и спорт для инвалидов // Теория и практика физ. культуры. — 1988.— №11.
24. Огорелкова Л. Загальні та індивідуальні особливості керування процесом фізичного виховання дітей-інвалідів по зору // Молода спортивна наука України. — 2004. — Вип. 7. — Т. 1. — С. 370–372.
25. Сарычев С. Я. Основные медико-социальные проблемы инвалидности в детском возрасте // Педиатрия. — 1990.— № 12. — С. 4–10.
26. Сергиени Е. В. Актуальные вопросы медицинской реабилитации инвалидов в Украине // Мед. реабилитация, курортология и физиотерапия. — 1998. — № 1. — С. 52–53.
27. Солодов А. С. Адаптационно-компенсаторные реакции организма инвалидов при занятиях физической культурой // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. — СПб., 1996.
28. Составление комплексных планов по трудовому устройству инвалидов, пенсионеров по возрасту и одиноких матерей: Метод. реком. — М., 1985. — 18 с.
29. Страковская В. Л. 300 подвижных игр для оздоровления детей от 1 года до 14 лет. — М.: Новая шк., 1994.
30. Філатов В. И. Организация жилищ помещений для инвалидов с дефектами нижних конечностей // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1981. — № 6.— С. 1–5.
31. Шатов А. В. Стан інвалідності з дитинства в Україні у 2000 р. // Вісн. соц. / гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2001. — № 3. — С. 5–11.
32. Эльконин Д. Б. Психология игры. — М., 1978.