

Адаптивная Физическая Культура

№1 (29)
2007

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

Т Е О Р И Я
АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ
ВОСПИТАНИЕ
АДАПТИВНЫЙ СПОРТ
АДАПТИВНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ
РЕКРЕАЦИЯ
ФИЗИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ
ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ
ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ
КРЕАТИВНАЯ
ТЕЛЕСНООРИЕНТИРОВАННАЯ
П Р А К Т И К А



С ЮБИЛЕЕМ!

Людмила Михайловна Шилицина — ректор Негосударственного Образовательного Учреждения высшего профессионального образования «Института специальной педагогики и психологии» (Санкт-Петербург), заведующая кафедрой специальной психологии психологического факультета СПбГУ, доктор биологических наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ, одна из ведущих специалистов в системе специального образования России. 1 марта ей исполняется 60 лет.

Благодаря совместным усилиям С. П. Евсеева и Л. М. Шилициной была открыта первая кафедра адаптивной физической культуры в России в СПб ГУФК им. П. Ф. Лесгафта. По инициативе Людмилы Михайловны открыта и успешно функционирует первая кафедра, а в дальнейшем — факультет АФК в негосударственном вузе — Институте специальной педагогики и психологии, где осуществляется подготовка специалистов АФК с дополнительной специальностью — «Специальная психология».

Выпускница биологического факультета Ленинградского Государственного университета, Людмила Михайловна со студенческих лет активно погружилась в научное творчество. Увлечение идеями Анохина П. К. и Бернштейна Н. А. закономерно привели молодого ученого к эриктической теории динамической и системной локализации высших психических функций Л. С. Выготского и А. Р. Лурии. Нейропсихологические схемы анализа и диагностики высших уровней организации психической активности, разработанные на материале локальных поражений мозга у взрослых, оказались весьма эффективными и при изучении детей. Многолетние исследования, проводимые Людмилой Михайловной в Институте детских инфекций в области клинической нейрофизиологии и нейропсихологии и нейропсихическими и их последствиями (нейросенсорная тугоухость, умственная отсталость и др.), были обобщены в ее докторской диссертации, защита которой состоялась в 1986 году в Российском государственном университете Дружбы народов с главным выводом о появлении нового направления в патофизиологии высшей нервной деятельности ребенка.

В 1986 г. Л. М. Шилицина воссоздала вновь созданную кафедру анатомо-физиологических основ дефектологии на дефектологическом факультете ЛГПИ им. А. И. Герцена. А с 1989 по 1993 г. возглавляла дефектологический факультет. В 1994 г. Людмила Михайловна организовала, и возглавляет по сей день, кафедру специальной психологии в Санкт-Петербургском государственном университете, на факультете психологии. Эта кафедра остается единственной в нашей стране в рамках академических университетов.

В 1993 г. Людмила Михайловна создает Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, занимающийся подготовкой специалистов разного профиля для системы специального образования. За годы своего существования Институт превратился в крупный учебный и научно-методический центр. В рейтинге Министерства образования и науки РФ среди негосударственных вузов России институт неизменно занимает первые места.

Внимательно вычитает список научных трудов Л. М. Шилициной, включающий более 370 публикаций, в том числе 25 монографий и 76 учебных и методических пособий. Поражает тематическое разнообразие, отражающее широту научных интересов автора. Свой опыт исследователя Людмила Михайловна щедро передает своим ученикам и коллегам. Под ее руководством защищено более двадцати кандидатских диссертаций.

В октябре 2004 г., через месяц после трагедии в г. Беслане, по инициативе и при непосредственном участии Людмилы Михайловны был разработан и реализован проект «Дети Беслана», предлагающий оказание психологической помощи и изучение детей с посттравматическими стрессовыми расстройствами. Этот проект был признан лучшим научно-практическим проектом года в России за 2005 г. Научные интересы Л. М. Шилициной всегда, так или иначе, связаны с практическими запросами общества. Так, в последние годы под руководством Людмилы Михайловны активно разрабатывается проблематика, связанная с вопросами профилактики наркозависимости и ВИЧ-инфекции у детей и подростков в условиях образовательной среды. Она является председателем экспертного совета Межведомственной комиссии по противодействию злоупотреблению наркотическими средствами и их незаконному обороту при Администрации Санкт-Петербурга, а также более 15 лет является председателем научно-методического совета по специальному образованию комитета по образованию Санкт-Петербурга.

С 1991 г. Л. М. Шилицина является членом Президиума Специального Олимпийского Комитета (СОК) Санкт-Петербурга. Людмила Михайловна постоянно оказывает научно-методическую помощь, вносит оригинальные, творческие идеи в работу СОК СПб. В 2005 году единогласным решением членов Президиума СОК за значительный вклад в развитие научно-методической и образовательной деятельности Специального Олимпийского движения в Санкт-Петербурге Л. М. Шилицина награждена Специальным Олимпийским Орденом «Честь и благородство». По инициативе Людмилы Михайловны Институт специальной педагогики и психологии стал одним из издателей единственного в России периодического журнала «Адаптивная физическая культура».

За свою плодотворную научную, педагогическую и организаторскую деятельность Л. М. Шилицина награждена орденами «Дружбы», дипломом Кембриджского университета, подтверждающим включение ее в число 2000 выдающихся людей XX века, знаком «Ректор года» (2004, 2005), многочисленными медалями и почетными грамотами Российской Федерации и Санкт-Петербурга.

Коллективы СПб НИИ физической культуры, факультетов Адаптивной физической культуры ГУФК им. П. Ф. Лесгафта, Института специальной педагогики и психологии от всей души поздравляют Людмилу Михайловну Шилицину со славным юбилеем!

В день юбилей Людмилы Михайловны, невольно вспоминаются замечательные слова А. Дементьева, которые, поистине в полной мере, относятся к такому ученому-человеку глубинных профессиональных знаний, широкой эрудиции и прекрасных душевных качеств как она: «Учителями славится Россия, Ученики приносят славу ей!».



Директор СПбНИИФК, декан факультета АФК СПбГУФК им. П. Ф. Лесгафта С. П. Евсеев
Декан факультета АФК Института специальной педагогики и психологии Л. Н. Ростомашвили

Адаптивная Физическая Культура

№1 (29), 2007

Ежеквартальный журнал

Зарегистрирован Министерством
Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых
коммуникаций

Регистрационный номер:
ПИ № 77-3444 от 10 мая 2000 г.

Территория распространения:
Российская Федерация,
страны СНГ

Издатели:

Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт
физической культуры,
Санкт-Петербургский государственный
университет физической культуры

им. П. Ф. Лесгафта,
Международный Университет
семьи и ребёнка
им. Рауля Валленберга,
Специальный
Олимпийский комитет
Санкт-Петербурга

Главный редактор

С. П. ЕВСЕЕВ

Зам. главного редактора

О. Э. АКСЕНОВА

Редколлегия:

С. В. Гутников
Т. А. Гутникова
Ю. Ф. Курамшин
С. Ф. Курдыбайло
Н. Л. Литош
Д. Ф. Мосунов
В. К. Пельменев
Л. Н. Ростомашвили
Н. О. Рубцова
А. С. Солодков
С. С. Филиппов
А. В. Царик
Л. В. Шапкова

Ответственный редактор

С. В. КОРАБЛЁВ

Контакт:

(812) 714-49-13, (812) 714-63-36

E-mail: svk@ezhiki.ru

SergeiKorablev@gmail.com

Для писем:

СПбГУ-ФК им. П. Ф. Лесгафта
(для журнала «АФК»)
ул. Декабристов, 35
Санкт-Петербург, 190121, Россия

Подписной индекс
по каталогу
агентства «РОСПЕЧАТЬ»

83035

Номер подписан в печать 15.02.07

Содержание

Евсеев С. П., Ростомашвили Л. Н.
С Юбилеем!

2-я стр. обложки

«Научные исследования»

Карасаева Л. А. Роль физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий...	8
Никольская Т. В., Губа В. П. Особенности индивидуализации физической нагрузки...	12
Соловьева Н. В. Туризм и рекреация в социально-досуговой деятельности...	14
Бармин Г. В., Бегидова Т. П., Королев П. Ю. Современное состояние спортивной гимнастики...	17
Попинако А. В. Коррекция симптомов отсроченного посттравматического стрессового расстройства...	19
Орлова Н. А. Значение творческого наследия В. И. Алексеева для АФК	20
Шарова Л. В., Абызова Т. В. Вопросы профилактики травматизма во время занятий ФК	24
Чернышева Л. Г. Психологическое сопровождение адаптации студентов АФК	28
Мелихов В. В., Рубцова Н. О. Силовая подготовка как фактор профессиональной реабилитации...	33
Горелик В. В., Кузьмичев С. А. Учет стабилметрических показателей в программе реабилитации...	34
Шомысова Е. Е. АФК в Республике Коми...	36
Быковская Е. Ю. Развитие тонкой моторной активности ДЦП-детей...	41
Савельева А. В. Эффективность использования средств атлетической гимнастики...	44
Быстрицкая Е. В. Вторичные недостатки здоровья учащихся...	46
Панченко О. А. Оптимизация адаптационных возможностей детей с нарушением зрения...	48
Анциферова Е. С., Корзунин В. А., Тихонов В. В., Шабалов Н. П. Оценка физического развития воспитанников военных учреждений...	52

«Наш опыт»

Зайцева Т. А. Единственное учреждение в республике	23
Сахибзадаева Г. Р. Trail-О – вид спорта для людей с ограничениями в передвижении	55

«Expert.exe»

Логинов С. И. Коррекция низкой физической активности человека...	31
--	----

«Образование»

Смехнов Ю. А., Литош Н. Л. Исследование сформированности профессионально-педагогических умений студентов АФК в условиях практической подготовки	2
Загурская А. И. Инновационный подход к физкультурному образованию...	4
Аксенова О. Э., Платонова О. В., Терентьева И. Г. Организация клинической практики студентов...	57
Грецов А. Г. Технологии психологического тренинга...	60

«История»

Содержание журнала «Адаптивная физическая культура» в 2006 г.	62
---	----

«События, факты»

Кораблев С. В. Интернет-журнал «Спорт Вместо Наркотиков»	11
Ерохина М. Кубок Президента — наш!	40
Гутников С. В. Центр АФК на Поклонногорской, 14 Универсиада АФК – 2006	51 3-я стр. обложки
Гутников С. В. Добрые дела сближают людей	3-я стр. обложки
Такой высокой награды в России пока не было...	4-я стр. обложки

ИССЛЕДОВАНИЕ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА» В УСЛОВИЯХ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

Ю. А. Смахнов, Н. Л. Литош, СибГУФК, г. Омск

В профессиональном образовании специалиста по адаптивной физической культуре важное место занимает практическая подготовка. В условиях практической подготовки студенты приобретают профессионально-педагогические умения, необходимые им для успешного осуществления будущей профессиональной деятельности (Шапкина Л. В., 2005).

Тем не менее, до настоящего времени отсутствует научно обоснованная система практической подготовки студентов специальности 032102 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» (Литош Н. Л., 2005; Федякин А. А., Скорик Н. В., Федякина Л. К., 2006).

Вышеотмеченный факт и тревожная тенденция неуклонного роста числа детей с нарушением интеллекта и задержкой психического развития (Н. Г. Корельская, 2000; Г. Ф. Морозова, 2002) обусловили изучение нами проблемы формирования профессионально-педагогических умений студентов специальности «Адаптивная физическая культура» с учетом специализации.

В этой связи, целью нашего исследования явилась оптимизация процесса формирования профессионально-педагогических умений (ППУ) студентов вышеназванной специализации посредством использования активных методов обучения.

На основании анализа профессиональной деятельности специалиста по адаптивной физической культуре и исследований авторов (Н. В. Кузьмина, 1972; Строгова, 2002; Н. Н. Зволинская, В. И. Маслов, 2003 и др.) нами была выявлена структура и определено содержание профессионально-педагогических умений студентов специализации «Адаптивная физическая культура и спорт для лиц с нарушением интеллекта». Предложенная нами структура профессионально-педагогических умений студентов данной специализации состоит из восьми компонентов: гностического, коммуникативного, конструктивного, диагностического, оценочного, организаторского, прогностического и проектировочного. При этом каждый компонент включает в себя перечень профессионально-педагогических умений, необходимых для решения различных педагогических задач.

Задачей нашего исследования

выступила оценка уровня сформированности профессионально-педагогических умений студентов специализации «Адаптивная физическая культура и спорт для лиц с нарушением интеллекта».

Исследование проходило с декабря 2005 года по май 2006 года. В нем приняли участие 30 студентов 3 — 5 курсов вышеназванной специализации. Исследование ППУ студентов рассматриваемой специализации проводилось на основе разработанной нами анкеты, включающей 39 вопросов и позволяющих оценить основные профессионально-педагогические умения специалиста по адаптивной физической культуре, необходимые в практической деятельности. При этом использовались методы экспертной оценки и самооценки студентов. В качестве экспертов в нашем исследовании выступали групповые руководители производственных практик, учителя физической культуры и инструкторы ЛФК специальных (коррекционных) образовательных учреждений. Оценка уровня сформированности профессионально-педагогических умений осуществлялась с помощью системы оценки, предложенной Г. Д. Бабушкиным (1986): высокий —

4,5 — 5,0 баллов, достаточный — 4,0 — 4,49 баллов, средний — 3,0 — 3,99 баллов, недостаточный — менее 3 баллов.

Результаты исследования уровня сформированности ППУ студентов представлены в таблице.

Как свидетельствуют данные таблицы, студенты 3 курса перед прохождением педагогической практики оценили уровень сформированности гностических, коммуникативных, оценочных и организаторских умений как средний. Уровень сформированности диагностических, прогностических и проектировочных умений был оценен студентами как недостаточный. После прохождения педагогической практики уровень сформированности выделенных групп умений студентами был оценен на порядок выше.

Эксперты перед педагогической практикой уровень сформированности всех исследуемых умений студентов оценили как средний. После прохождения педагогической практики уровень сформированности умений у студентов также был оценен как средний, за исключением коммуникативных.

На 4 курсе перед прохождением практики по специальности

Результаты сформированности профессионально-педагогических умений студентов специализации «Адаптивная физическая культура и спорт для лиц с нарушением интеллекта»

Таблица

Наименование умений	Оценка студентов		Оценка экспертов	
	До практики	После практики	До практики	После практики
3 КУРС				
Гностические	3,16	4,13	3,35	3,95
Коммуникативные	3,69	4,30	3,9	4,25
Конструктивные	3,07	3,87	3,16	3,7
Диагностические	2,77	3,55	3,2	3,4
Оценочные	3,12	4,05	3,23	3,63
Организаторские	3,01	4,22	3,6	3,85
Прогностические	2,77	3,77	3,46	3,73
Проектировочные	2,84	3,98	3,45	3,94
4 КУРС				
Гностические	3,68	4,25	3,46	4,05
Коммуникативные	3,73	4,36	3,68	4,21
Конструктивные	3,77	4,24	3,47	4,14
Диагностические	3,90	4,36	3,12	3,73
Оценочные	3,96	4,36	3,45	4,10
Организаторские	3,98	4,45	3,50	4,32
Прогностические	3,51	4,15	3,21	3,89
Проектировочные	3,77	4,29	3,45	4,30
5 КУРС				
Гностические	3,77	4,0	3,91	4,45
Коммуникативные	4,05	4,17	4,02	4,5
Конструктивные	3,87	4,06	3,81	4,51
Диагностические	3,55	3,9	3,66	4,25
Оценочные	4,09	4,18	3,83	4,33
Организаторские	4,06	4,32	4,05	4,53
Прогностические	3,70	4,03	3,88	4,41
Проектировочные	4,12	4,27	4,04	4,44

студенты и эксперты оценили уровень сформированности всех исследуемых умений как средний. После освоения программы практики по специальности уровень сформированности всех исследуемых умений был оценен студентами как достаточный.

После прохождения практики по специальности эксперты оценили уровень сформированности гностических, коммуникативных, конструктивных, оценочных, организаторских и проектировочных умений у студентов как достаточный. Уровень сформированности диагностических и прогностических умений был оценен как средний.

Студенты 5 курса перед прохождением практики по специализации уровень сформированности коммуникативных, оценочных, организаторских и проектировочных умений оценили как достаточный. Уровень сформированности гностических, конструктивных, диагностических и прогностических умений был оценен студентами как средний. После прохождения практики по специализации уровень

коммуникативных, организаторских и проектировочных умений как достаточный. Уровень сформированности гностических, конструктивных, диагностических, оценочных и прогностических умений был оценен экспертами как средний. После практики уровень сформированности коммуникативных, конструктивных и организаторских умений был оценен экспертами как высокий. Уровень сформированности у студентов остальных умений был оценен экспертами как достаточный.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что сформированность исследуемых профессионально-педагогических умений, по мнению экспертов и студентов, соответствует в основном среднему уровню. Существующая система практической подготовки недостаточно эффективно способствует формированию профессионально-педагогических умений у будущих специалистов по адаптивной физической культуре. В связи с этим возникает необходимость в разработке и

сформированности гностических, коммуникативных, конструктивных, оценочных, организаторских, прогностических и проектировочных умений студенты оценили как достаточный. Уровень сформированности диагностических умений оказался оценен студентами как средний.

Перед практикой по специализации эксперты оценили уровень сформированности у студентов ком-

внедрению в процесс практической подготовки научно обоснованной методики формирования профессионально-педагогических умений студентов специализации «Адаптивная физическая культура и спорт для лиц с нарушением интеллекта», основанной на целенаправленном использовании активных методов обучения. По нашему мнению, использование такой методики в процессе практической подготовки студентов рассматриваемой специализации позволит оптимизировать процесс формирования профессионально-педагогических умений и тем самым повысить готовность выпускников к осуществлению будущей профессиональной деятельности.

Литература:

1. Бабушкин Г. Д. Склонность к педагогической деятельности как предпосылка формирования профессионального интереса у студентов института физической культуры // Теория и практика физической культуры. - 1986. - № 7. - С. 34.
2. Зволинская Н. Н. Пути обновления квалификационной характеристики специалиста по физической культуре и спорту / Зволинская Н. Н., Маслов В. И. // Теория и практика физической культуры. - 2003. - № 12. - С. 40 - 44.
3. Корельская Н. Г. Работа с родителями детей инвалидов // Адаптивная физическая культура, 2000. - № 1-2 - С. 41 - 43.
4. Кузьмина Н. В. Основы вузовской педагогики. Л.: ЛГУ, 1972. - 311 с.
5. Литош Н. Л. Формирование профессионально-педагогических умений студентов специализации «Адаптивная физическая культура и спорт для лиц с нарушением интеллекта» // Физкультурное образование Сибири, 2005. - № 17 - С. 23 - 26.
6. Морозова Г. Ф. Специальное олимпийское движение - реальная помощь людям с нарушениями интеллекта // Адаптивная физическая культура, 2002. - № 2 - С. 18-21.
7. Строгова Н. А. Гуманистические аспекты адаптивной физической культуры в специальном образовании / Мат-лы совм. науч.-пр. конф. проф.-преп. и научного состава МГАФК, РГАФК, ВНИИФК. - Малахова: МГАФК, 2002. - С. 215 - 218.
8. Федякин А. А. Содержание и организация практик будущих специалистов по адаптивной физической культуре / Федякин А. А., Скорик Н. В., // Адаптивная физическая культура, 2006. - № 1 - С. 24-25.
9. Шапкина Л. В. Образование: от теории к науке и практике // Адаптивная физическая культура, 2005. - № 3. - С. 2 - 5.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ФИЗИКУЛЬТУРНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ В ВУЗЕ

А. И. Загревская, Томский государственный университет

В настоящее время наблюдается тенденция увеличения числа студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья. Это вызывает серьезные опасения специалистов, так как за последние 10 лет число здоровых выпускников школ уменьшилось с 28,3% до 6,3% (Р. Г. Гостев, 2001). По мнению многих специалистов, такое положение связано не только с проблемами экологии, экономики, условиями труда и быта, но и с недооценкой в обществе социально-экономической, оздоровительной и воспитательной роли физической культуры, отсутствием у студентов должной физкультурной образованности, что и отразилось негативно на состоянии здоровья и гармонии развития личности.

Физическая культура располагает широким арсеналом средств, способных нейтрализовать влияние вредных факторов, угрожающих здоровью человека. Однако необходимо отметить, что в настоящее время физическая культура в вузе представляет собой фактически только физическую подготовку, направленную на развитие физических качеств. Учебные занятия направлены на решение задач, характеризующихся количественными показателями (быстрее, выше, дальше), мало внимания уделяется воспитанию у студентов потребности в физическом самосовершенствовании, здоровому образу жизни. Многие вопросы: профессионально-педагогической подготовки студентов, физкультурно-оздоровительной работы с детьми, основы здорового образа жизни и т. д. не рассматриваются на теоретическом уровне и не подкрепляются затем на практических занятиях по физической культуре.

В результате физическая культура как учебная дисциплина в педагогическом вузе свои функции (образовательную, оздоровительную и профессионально-прикладную) реализует не полностью, содержание занятий не способствует развитию у студентов познавательной активности в области оздоровительной деятельности, повышению уровня их здоровья. В вузе требуется совершенствование учебного процесса по этой дисциплине. Особое внимание следует уделить учебному процессу преподавания физической культуры для студентов специальной медицинской группы, так как содержание занятий именно с этой категорией студентов всегда вызывает много вопросов и споров из-за разнородности контингента.

Повышение физкультурной образованности студентов во многом зависит от степени осознания ими тех общекультурных и личных ценностей, которые дает им физическая культура (В. К. Бальсевич, 1991; Л. И. Лубышева, 1997).

Результаты нашего исследования теоретических знаний студентов специальной медицинской группы в области физической культуры показывают, что они (знания) находятся на очень низком уровне (А. И. Загревская, 2000).

Анализ программы по физической культуре в педагогическом вузе, свидетельствует, что на первом и втором курсах на теоретические занятия по физической культуре отводится всего по 4 часа в каждом семестре, т. е. 8 часов в год, а на 3 – 4 курсах лекционных занятий вовсе не предусмотрено. Этого времени, по нашему мнению, недостаточно, чтобы овладеть теоретическими знаниями в области физической культуры на уровне их применения. Теоретические знания в области физической культуры яв-

ляются одним из основных показателей физкультурной образованности. Поэтому мы считаем, что для студентов специальной медицинской группы теоретический раздел по физической культуре должен быть значительно расширен, введены дополнительные темы занятий, имеющие оздоровительную и профессиональную направленность. Здесь следует отметить, что из-за низкого уровня физического состояния студенты специальной медицинской группы не могут осуществлять двигательную деятельность в течение всего времени, отводимого на практическое занятие по физической культуре (90 мин.). Это влечет за собой нерациональное использование времени в ходе занятия (длительные паузы отдыха для восстановления).

В связи с этим, нами разработана и внедрена в практику лекционно-практическая форма занятий по физической культуре.

Лекционно-практическими мы называем такие занятия, в ходе которых одна половина учебного времени (примерно 30 – 40 мин.) используется на изложение теоретического материала, а другая – на выполнение практического задания с применением изложенной теории.

Эффективность лекционно-практической формы занятий проверялась на примере изучения темы «Методика развития силы у студентов специальной медицинской группы». Здесь следует отметить, что лекционного занятия по данной теме не предусмотрено, однако мы считаем, что для студентов специальной медицинской группы оно просто необходимо из-за низкого уровня теоретических знаний у данной группы студентов.

В исследовании принимали участие экспериментальная (32 чел.) и контрольная (30 чел.) группы студентов с ослабленным здоровьем.

Методика проведения лекционно-практического занятия со студентами экспериментальной группы по теме «Методика развития силы у студентов специальной медицинской группы» заключалась в следующем.

Лекция проводилась в течение 30 минут. В ходе лекции освещались основные понятия данной темы, средства и методы развития силовых способностей, особенности их развития у студентов с ослабленным здоровьем, способы регулирования физической нагрузки в процессе выполнения силовых упражнений, а также показания и противопоказания для развития силы у студентов при различных хронических заболеваниях.

Затем начиналась практическая часть занятия, которая проводилась методом круговой тренировки: один круг включал в себя комплекс упражнений с

гантелями (вес гантели 0,5 кг), комплекс упражнений с набивными мячами (вес набивного мяча – 1кг) и комплекс силовых упражнений на ковриках.

В подготовительной части занятия в течение 15 минут студенты выполняли общеразвивающие упражнения в движении и на месте. После чего группа студентов делилась на 3 подгруппы по 8 – 10 человек в каждой подгруппе. Им под руководством преподавателя предлагалось выполнить комплекс упражнений на развитие силы. Первая подгруппа выполняла комплекс силовых упражнений с гантелями, вторая – с набивными мячами, третья – комплекс силовых упражнений на ковриках. Каждый комплекс упражнений включал в себя 6 – 8 упражнений на основные мышечные группы, студенты справлялись с этим заданием за 10 минут и переходили к выполнению следующего комплекса упражнений. После выполнения трех комплексов упражнений студенты всех подгрупп выполняли упражнения на растягивание, увеличение подвижности в суставах (5 мин.). Таким образом, на выполнение всех заданий студенты затрачивали 35 минут. В оставшееся время (10 мин.) студенты письменно отвечали на 10 вопросов по пройденной теме (программированный контроль знаний).

В контрольной группе подготовительная часть занятия также включала в себя общеразвивающие упражнения в движении и на месте (15 – 20 мин.). Затем группа студентов также делилась на 3 подгруппы, каждая подгруппа выполняла комплекс силовых упражнений с гантелями, набивными мячами, на ковриках, т. е. применялся метод круговой тренировки. Основное отличие в содержании занятий по физической культуре в контрольной и экспериментальной группах состояло в том, что в контрольной группе отсутствовала лекционная часть занятия. Некоторые теоретические сведения сообщались

студентам в процессе выполнения комплексов силовых упражнений, но они не носили системный характер, каждой подгруппе студентов преподавателю приходилось повторять методические указания к выполнению комплекса силовых упражнений, поэтому на выполнение всего задания студенты потратили больше времени (55 мин.). Затем студентам было предложено также ответить на 10 вопросов за 10 мин. (программированный контроль знаний).

Оценка теоретических знаний студентов специальной медицинской группы по теме «Методика развития силы у студентов специальной медицинской группы» осуществлялась по следующим критериям: 8 правильных ответов из 10 вопросов – «хорошо»; 6 и более правильных ответов – «удовлетворительно»; менее 6 правильных ответов – «неудовлетворительно».

Сравнительный анализ результатов тестирования теоретических знаний студентов по изучаемой теме показал, что в экспериментальной группе оценку «хорошо» получили 73,75% студентов; «удовлетворительно» – 21,42% студентов; «неудовлетворительно» – 4,83% студентов. В контрольной группе студенты показали следующие результаты: «хорошо» – 16,3% студентов; «удовлетворительно» – 18,4%; «неудовлетворительно» – 65,3%.

Таким образом, существенные отличия результатов тестирования теоретических знаний студентов экспериментальной и контрольной групп показали эффективность лекционно-практического занятия по теме «Методика развития силы у студентов специальной медицинской группы» по сравнению с традиционным практическим занятием.

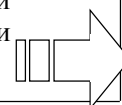
При введении лекционно-практических занятий в учебный процесс по физической культуре студентов специальной медицинской группы вместо традиционных практических занятий,

мы предполагали усилить образовательный аспект физической культуры. Однако необходимо учитывать, что в процессе занятий физической культурой кроме образовательных задач должны решаться и оздоровительные задачи, и воспитательные, и развивающие. Одним из критериев эффективности учебного процесса по физической культуре всегда считался уровень физической подготовленности занимающихся. Поэтому нами проведен педагогический эксперимент по определению влияния лекционно-практических занятий по физической культуре на уровень проявления двигательных способностей у студентов специальной медицинской группы в педагогическом вузе.

В педагогическом эксперименте принимали участие студенты специальной медицинской группы первого курса психолого-педагогического и исторического факультетов, в экспериментальной группе 35 человек, в контрольной группе 27 человек. По исходному уровню физической подготовленности группы достоверно не различались ($P > 0,05$) (табл. 1).

Педагогический эксперимент по определению влияния лекционно-практических занятий по физической культуре на уровень проявления двигательных способностей у студентов специальной медицинской группы проводился в течение четырех месяцев, при двухразовых занятиях физической культурой. Методика лекционно-практических занятий в экспериментальной группе заключалась в следующем.

В начале занятия в течение 30 минут проводилась лекция, тема которой определялась целью и задачами занятия. В лекционной части подробно освещались вопросы, касающиеся роли и значения изучаемой способности в повседневной жизни и профессионально-педагогической деятельности, о взаимосвязи состояния здоровья и



Исходные показатели экспериментальной (Э) и контрольной (К) групп до эксперимента

№ п/п	Контрольное упражнение	Группы	\bar{X}	σ	M	P
1.	Тест Копылова (сек).	Э К	9,7 9,5	$\pm 0,86$ $\pm 0,84$	$\pm 0,146$ $\pm 0,162$	> 0,05
2.	Поднимание туловища (кол-во раз).	Э К	23,8 24,7	$\pm 7,04$ $\pm 6,72$	$\pm 1,190$ $\pm 1,294$	> 0,05
3.	Сгибание рук, в упоре лежа (кол-во раз).	Э К	5,8 5,2	$\pm 1,77$ $\pm 1,58$	$\pm 0,299$ $\pm 0,304$	> 0,05
4.	Сгибание рук в упоре лежа сзади (кол-во раз).	Э К	16,6 18,8	$\pm 4,59$ $\pm 4,88$	$\pm 0,776$ $\pm 0,940$	> 0,05
5.	Наклон вперед на гимнастической скамейке (см).	Э К	18,9 18,4	$\pm 4,13$ $\pm 4,01$	$\pm 0,698$ $\pm 0,772$	> 0,05
6.	Бросок набивного мяча (м).	Э К	3,8 3,8	$\pm 0,60$ $\pm 0,75$	$\pm 0,101$ $\pm 0,144$	> 0,05
7.	Метание т/м в цель.	Э К	6,6 7,1	$\pm 1,91$ $\pm 1,53$	$\pm 0,323$ $\pm 0,294$	> 0,05
8.	Приседание на правой ноге (кол-во раз).	Э К	4,3 4,1	$\pm 2,30$ $\pm 1,78$	$\pm 0,388$ $\pm 0,343$	> 0,05
9.	Приседание на левой ноге (кол-во раз).	Э К	5,4 4,4	$\pm 1,63$ $\pm 2,31$	$\pm 0,275$ $\pm 0,444$	> 0,05
10.	12-минутный бег (м).	Э К	1597,9 1601,8	$\pm 155,6$ $\pm 149,4$	$\pm 18,60$ $\pm 28,70$	> 0,05

уровня проявления двигательных способностей, об особенностях самостоятельного развития «отстающих» двигательных способностей при наличии хронических заболеваний и т. д. Практическая часть занятия предполагала применение теоретических знаний на практике. В подготовительной части занятия студенты выполняли общеразвивающие упражнения в ходьбе, беге, на месте (15 — 20 мин.). В основную часть занятия включались комплексы упражнений с гимнастическими палками, гантелями (0,5 — 1 кг), скакалками,

теннисными и набивными мячами (1 — 1,5 кг), на гимнастической скамейке, ковриках, т. е. проводилось комплексное развитие физических качеств у студентов специальной медицинской группы. В заключительной части занятия студенты выполняли упражнения на расслабление, воспитание правильной осанки.

В контрольной группе занятия физической культурой также носили комплексный характер, т. е. осуществлялось комплексное развитие двигательных способностей у студентов спе-

циальной медицинской группы, однако лекционная часть отсутствовала. Некоторые теоретические сведения сообщались студентам в ходе практического занятия. Главной отличительной особенностью занятий физической культурой в экспериментальной группе было наличие в структуре занятий лекционной части, продолжительность которой составляла 20 — 25 минут.

После педагогического эксперимента был проведен сравнительный анализ физической подготовленности студентов экспериментальной и контрольной групп.

Показатели физической подготовленности студентов экспериментальной группы до и после эксперимента показаны в таблице 2.

Из данных таблицы 2 видно, что в экспериментальной группе наблюдается достоверный прирост почти всех тестируемых показателей. Наибольший прирост результатов у студенток экспериментальной группы (13,3%) отмечается в контрольном упражнении «сгибание и разгибание рук в упоре лежа на гимнастической скамейке» и в тесте Купера (1,7%), характеризующем уровень развития выносливости. Наименьший прирост результатов наблюдается в тесте Копылова (координационные способности), он составляет 0,4% от исходного уровня, но прирост достоверен ($P < 0,05$). Остался на прежнем уровне в экспериментальной группе результат выполнения контрольного упражнения, характеризующего уровень проявления гибкости.

Положительные изменения в физической подготовленности произошли и у студентов контрольной группы, однако, не по всем тестируемым показателям (табл. 3).

Из данных таблицы 3 видно, что не изменился результат в тесте Копылова, нет достоверного прироста и в метании теннисного мяча в цель. Данные контрольные упражнения показыва-

Показатели физической подготовленности экспериментальной группы (ЭГ) студентов

№ п/п	Контрольное упражнение	ЭГ	\bar{X}	σ	m	P
1.	Тест Копылова (сек).	До После	9,7 9,4	$\pm 0,86$ $\pm 0,67$	$\pm 0,146$ $\pm 0,114$	< 0,05
2.	Поднимание туловища (кол-во раз).	До После	23,8 28,4	$\pm 7,04$ $\pm 5,03$	$\pm 1,190$ $\pm 0,850$	< 0,05
3.	Сгибание рук, в упоре лежа (кол-во раз).	До После	5,8 9,0	$\pm 1,77$ $\pm 1,59$	$\pm 0,299$ $\pm 0,268$	< 0,05
4.	Сгибание рук в упоре лежа сзади (кол-во раз).	До После	16,6 23,0	$\pm 4,59$ $\pm 4,11$	$\pm 0,776$ $\pm 0,695$	< 0,05
5.	Наклон вперед на гимнастической скамейке (см).	До После	18,9 18,9	$\pm 4,13$ $\pm 3,98$	$\pm 0,698$ $\pm 0,672$	> 0,05
6.	Бросок набивного мяча (м).	До После	3,8 4,0	$\pm 0,60$ $\pm 0,51$	$\pm 0,101$ $\pm 0,086$	< 0,05
7.	Метание т/м в цель.	До После	6,6 8,3	$\pm 1,91$ $\pm 1,32$	$\pm 0,323$ $\pm 0,223$	< 0,05
8.	Приседание на правой ноге (кол-во раз).	До После	4,3 7,6	$\pm 2,30$ $\pm 1,85$	$\pm 0,388$ $\pm 0,314$	< 0,05
9.	Приседание на левой ноге (кол-во раз).	До После	5,4 7,3	$\pm 1,63$ $\pm 1,73$	$\pm 0,275$ $\pm 0,293$	< 0,05
10.	12-минутный бег (м).	До После	1597,9 1806,5	$\pm 155,6$ $\pm 136,9$	$\pm 18,60$ $\pm 23,14$	< 0,05

Примечание: До — до эксперимента; После — после эксперимента

ют уровень проявления координационных способностей у студентов.

Наш практический опыт показывает, что у студентов специальной медицинской группы при поступлении на первый курс координационные способности являются крайне низкими. Показатели скоростно-силовых способностей (бросок набивного мяча на дальность) и гибкости (наклон вперед стоя на гимнастической скамейке) так же не имеют достоверного улучшения.

Результаты педагогического эксперимента позволяют сделать вывод о том, что применение лекционно-практических занятий по физической культуре вместо традиционных практических является эффективным не только для усвоения теоретических знаний в области физической культуры, но и при развитии двигательных способностей у студентов специальной медицинской группы.

Практическое применение лекционно-практических занятий по физической культуре студентов специальной медицинской группы, ведущей целью которых является усвоение знаний на уровне их применения, позволило нам выделить особенности их методики, которые заключа-

ются в следующем:

1. Тщательный отбор теоретического материала для усвоения знаний студентами на уровне их применения. Это должен быть основной (инвариантный) материал, необходимый для оперирования им в процессе решения познавательных задач на применение знаний на методико-практических занятиях.

2. Тщательный подбор вопросов, заданий на применение усвоенных в ходе лекции теоретических знаний.

3. Четкая постановка целей и задач занятия перед студентами, вопросов и заданий, фронтальных и дифференцированных групповых.

4. Разделение студентов (если объем материала, заданий большой) на подгруппы для выполнения обязательных дифференцированных, адресованных только им, групповых заданий при добровольном участии в решении заданий для других групп.

5. Сжатое, четкое, структурное изложение преподавателем основного теоретического материала в первой части лекционно-практического занятия.

6. Обязательная запись студентами теоретических знаний, являющихся основополагающими для решения задач во второй,

практической части лекционно-практического занятия; иллюстрация теории ясными примерами, являющимися образцом применения, конкретизации изложенных в лекции теоретических знаний.

7. Помощь преподавателя — предварительная письменная (планом, вопросами, инструктивными указаниями), а в трудных случаях некоторым подгруппам и непосредственная в решении поставленных задач.

8. Обсуждение студентами результатов выполнения своих заданий, исправление, дополнения их коллегами и преподавателем.

9. Резюме преподавателя. Оценка деятельности студентов (очень корректная, доброжелательная). Рекомендации по применению полученных знаний и умений на практике.

Литература

1. Бальсевич В. К. Интеллектуальный вектор физической культуры человека (к проблеме развития физкультурного знания) // Теория и практика физической культуры, 1991. — № 7. — С. 37–41.

2. Гостев Р. Г. Основные направления развития физической культуры и спорта в вузах России в начале XXI века // Физическая культура молодежи в XXI веке: Материалы I науч.-практ. конф. вузов ЦЧР России. Воронеж, 2001. — С. 127–134.

3. Загревская А. И. Совершенствование методики занятий по физической культуре у студенток специальной медицинской группы на основе программирования: Автореф. дисс... канд. пед. наук. — Омск, 2000. — 24 с.

4. Лубышева Л. И. Современный ценностный потенциал физической культуры и спорта и пути его освоения его обществом и личностью // Теория и практика физической культуры, 1997. — № 6. — С. 10–15.

Таблица 3

Показатели физической подготовленности контрольной группы (КГ) студентов

№ п/п	Контрольное упражнение	КГ	\bar{X}	σ	m	P
1.	Тест Копылова (сек).	До После	9,5 9,5	$\pm 0,84$ $\pm 0,96$	$\pm 0,162$ $\pm 0,185$	$> 0,05$
2.	Поднимание туловища (кол-во раз).	До После	24,7 27,0	$\pm 6,72$ $\pm 4,99$	$\pm 24,7$ $\pm 0,9600$	$< 0,05$
3.	Сгибание рук, в упоре лежа (кол-во раз).	До После	5,2 7,4	$\pm 1,58$ $\pm 1,31$	$\pm 0,304$ $\pm 0,252$	$< 0,05$
4.	Сгибание рук в упоре лежа сзади (кол-во раз).	До После	18,8 22,8	$\pm 4,88$ $\pm 3,54$	$\pm 0,940$ $\pm 0,682$	$< 0,05$
5.	Наклон вперед на гимнастической скамейке (см).	До После	18,4 18,6	$\pm 4,01$ $\pm 3,82$	$\pm 0,772$ $\pm 0,734$	$> 0,05$
6.	Бросок набивного мяча (м).	До После	3,8 3,9	$\pm 0,75$ $\pm 0,69$	$\pm 0,144$ $\pm 0,132$	$> 0,05$
7.	Метание т/м в цель.	До После	7,1 7,9	$\pm 1,53$ $\pm 1,10$	$\pm 0,294$ $\pm 0,212$	$> 0,05$
8.	Приседание на правой ноге (кол-во раз).	До После	4,1 6,0	$\pm 1,78$ $\pm 1,22$	$\pm 0,343$ $\pm 0,236$	$< 0,05$
9.	Приседание на левой ноге (кол-во раз).	До После	4,4 6,0	$\pm 2,31$ $\pm 1,04$	$\pm 0,444$ $\pm 0,200$	$< 0,05$
10.	12-минутный бег (м).	До После	1601,8 1655,6	$\pm 149,4$ $\pm 121,9$	$\pm 28,70$ $\pm 23,47$	$< 0,05$

Примечание: До — до эксперимента; После — после эксперимента

Роль физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий в профессиональной реабилитации инвалидов

Л. А. Карасаева, Научно-практический центр медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им. Г. А. Альбрехта, Санкт-Петербург

Впервые в истории современной государственной политики в области социальной защиты инвалидов развитию физической культуры и спорта в реабилитации инвалидов придано самостоятельное значение. Так, согласно 9 статьи федерального закона «О социальной защите инвалидов» № 181-ФЗ [1], основные направления реабилитации инвалидов включают:

- медицинскую реабилитацию: восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональную реабилитацию: профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию;
- социальную реабилитацию: социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую, социокультурную реабилитацию и социально-бытовую адаптацию;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Общеизвестно — стойкие расстройства функций организма повреждают целостность физического, психологического и социального здоровья, ведут к ограничению жизнедеятельности, в том числе ограничению в трудовой деятельности и в итоге — выключению (эксклюзии) инвалидов из полноценной жизни общества. Как правило, после установления инвалидности пациенты вынуждены оставить свою работу, либо трудоустроившись в профессиях более низкой квалификации. Последствия болезни могут проявляться в снижении производительности труда, невозможности качественно и эффективно выполнять отдельные рабочие операции, должностные обязанности и труд в целом, в быстрой утомляемости, падении

интереса к работе, ухудшении межличностных отношений в коллективе и т. п. Поэтому создание инвалидам условий для повышения качества жизни через устранение ограничений в трудовой деятельности и включение в труд — первейшая задача реабилитации. Ключевым принципом современной концепции реабилитации является комплексность — учет всех аспектов реабилитации и совмещение различных видов реабилитации в единый процесс. Сочетание и взаимодействие двух направлений реабилитации: профессиональной и физкультурно-оздоровительных мероприятий, с нашей точки зрения, позволит увеличить возможности социально-трудовой адаптации и повысить качество жизнедеятельности инвалидов.

История науки свидетельствует о том, что в развитой системе знаний разные теории объединяются в более широкие образования, связанные между собой многообразными связями. Нередко подобные связи устанавливаются даже между теорией и практикой, принадлежащими к разным дисциплинам. Выявление общих идей, принципов, подходов, взаимообогащение знаниями и прикладными методиками в этих дисциплинах может сделать более эффективным процесс целодостижения. Целью физкультурной реабилитации инвалидов является повышение качества во многих категориях жизнедеятельности: физической, психологической, социальной и т. д. Цель профессиональной реабилитации — достижение максимально возможной независимости в социальной и экономической жизни, повышение самосознания и позитивной социальной самооценки инвалида. В этом смысле сочетание двух направлений реабилитации для достижения конечной цели — повышения качества жизни инвалидов является, с нашей точки зрения, достаточно оправданным и перспективным.

Наиболее актуальной теоретической проблемой в системе профессиональной реабилитации инвалидов — в профессиональной адаптации — инвалидов [2, 3, 8] является определение закономерностей формирования и функционирования физиологических систем организма в процессе трудовой деятельности в зависимости от существующих связей между организмом и факторами внешней среды. Внешняя среда, в том числе, современные условия производственной среды, предъявляют организму инвалида все увеличивающиеся требования и, соответственно, необходимость больших психофизиологических и физических затрат. На работоспособность инвалида на производстве оказывают влияние физическая выносливость и устойчивость, особенности внутренней структуры личности, а также объективные условия труда, складывающиеся в процессе работы (характер, тяжесть, режим труда и отдыха, чет-

кость организации труда, состояние взаимоотношений в коллективе, уровень материального вознаграждения, культурно-бытового обслуживания и т. п.). Для достижения оптимальной работоспособности, инвалид должен пройти период профессиональной адаптации. Существуют четыре вида приспособления человека к труду: физиологический (биологический), профессиональный, психологический и социальный:

1) физиологическая адаптация — это достижение положительной динамики в функциональном состоянии организма, адекватность функционального напряжения и энергетических затрат тяжести и напряженности выполняемой работы, длительность периода устойчивой работоспособности и степень выраженности утомления, быстрота восстановления физиологических функций после работы, частота и длительность заболеваемости с временной утратой трудоспособности по основному заболеванию, самочувствие во время работы, чувство легкости или тяжести выполнения работы и др.;

2) профессиональная адаптация — выполнение норм выработок, плановых производственных заданий и функциональных обязанностей, квалификационный и служебный рост, качество выполняемой работы, участие в рационализаторской и изобретательской деятельности и др.;

3) психологическая адаптация — удовлетворенность работой, профессиональное самоопределение, желание продолжить или прекратить работу, характер ощущений (комфортности) в процессе работы и др.;

4) социальная адаптация — состояние межличностных связей инвалида в трудовом коллективе, участие в общественной жизни трудового коллектива, трудовая дисциплина, поощрения и замечания по работе, отношения с коллегами по работе, отношение к инвалиду в трудовом коллективе и др.

Физический и психологический компоненты адаптации существенным образом влияют на успешность физиологической, профессиональной и социальной адаптации инвалида и являются важными элементами прогностической оценки возможностей его приспособления к трудовой деятельности. Занятия физкультурой и спортом существенным образом воздействуют на физический и психологический компоненты и, таким образом, оказывают влияние на процесс трудовой адаптации. С точки зрения организации процесс профессиональной адаптации инвалидов можно весьма условно разграничить на две составляющие, очень разные по существу и характеру:

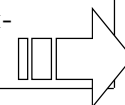
— индивидуальные меры и организационные специальные мероприятия для адаптации организма и личности инвалида к данному процессу труда;

— организационные мероприятия технического, технологического, медико-социального характера, а также меры для приспособления производственной среды, производственного оборудования на рабочем месте к возможностям инвалида выполнять те или иные трудовые операции.

В методическом плане для профессиональной адаптации и успешной работоспособности физкультурные технологии должны быть максимально индивидуализированы. В организационном отношении одни методики должны содержать комплекс физических упражнений для тренировки функциональных систем организма при включении в труд, т. е. предшествовать началу трудовой деятельности. Другая группа методик, должна включать комплекс занятий для повышения работоспособности уже работающих инвалидов, т. е. выполнять тренирующую роль организма в процессе трудовой деятельности.

На основе естественных законов эволюционного развития моторики В. К. Бальсевичем [4] достаточно емко и обстоятельно разработана система научно обоснованных представлений о феномене физической активности человека, его генезисе, содержании и структуре, социально-биологических закономерностях и особенностях физической активности на разных возрастных этапах жизни. По существу она представляет собой разработанное самой природой хорошо сбалансированное и чрезвычайно умное расписание развития всего многообразия элементов и структур моторики человека. Любая трудовая деятельность связана с моторикой. Представительство двигательных зон конечностей в коре головного мозга занимает большую функциональную площадь, поэтому, по закону рефлекторных связей, в результате увеличения двигательной активности периферического звена (мышц, сухожилий, суставов) — повышается функциональная активность центрального звена — коры полушарий головного мозга. Этим объясняется феномен положительного результата эмоционально-психологического и физического состояния организма во время трудовой деятельности тренированного человека. Вместе с этим, нагрузки занятиями физкультурой следует проводить путем постепенного повышения интенсивности и напряженности, соблюдения определенной этапности в достижения соответствующего уровня физической выносливости. Таким образом, физическая культура во всех ее проявлениях должна стимулировать позитивные результаты в системах и функциях организма, формируя необходимые двигательные координаты, физические качества, направленные на укрепление здоровья инвалида [5].

Особенно актуальным в настоящее время является разработка организационных и методических основ реабилитации посредством заня-



тий физической культурой и спортом для инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата для подготовки их к трудовой деятельности. Небезызвестно, что с каждым годом увеличивается количество инвалидов трудоспособного возраста этой категории [6]. Контингенту инвалидов с нарушениями опорно-двигательной системы присущи ограничения жизнедеятельности по многим категориям: в самообслуживании, передвижении, трудовой деятельности, учебе и т. д. В их реабилитации важно использовать комплексные подходы и технологии для включения в трудовую деятельность, в том числе через занятия спортом и физической культурой.

В научно-практическом центре медико-социальной экспертизы, протезирования и реабилитации инвалидов им Г. А. Альбрехта (Центре им. Г. А. Альбрехта) более десяти лет внедряются модели включения в трудовую деятельность инвалидов с выраженными ограничениями в передвижении и трудовой деятельности путем комплексной, многопрофильной реабилитации. Наряду с профильными клиническими отделениями, успешно работают отделения социальной и профессиональной реабилитации и лечебной физической культуры. Пациентам, имеющим положительную установку на трудовую деятельность, проводятся мероприятия по профессиональной реабилитации: занятия трудотерапией для восстановления прежних или формирования новых профессиональных навыков, проводится профессиональная подготовка для получения новой профессии, осуществляется помощь в трудоустройстве через специализированную биржу труда. В процессе проведения профессиональной реабилитации инвалидов осуществляются медико-социальные, социокультурные, социально-психологические, физкультурно-оздоровительные и другие мероприятия. В Центре им. Г. А. Альбрехта с инвалидами систематически проводится работа в спортивных командах: волейбольной, баскетбольной, хоккейной, настольного тенниса. Кроме этого отрабатываются методики физкультурного тренинга — системы упражнений, направленных на формирование у инвалидов отдельных профессионально важных элементов, ослабленных в силу заболевания. Поскольку ограничения жизнедеятельности у инвалидов в большинстве случаев формируют инвалидное сознание, характеризующееся установками на пассивное отношение к изменению жизненной ситуации, работа по преодолению таких установок предполагает наряду с расширением двигательного режима увеличение коммуникативных связей и, в целом, вовлечение инвалидов в активную общественную деятельность. Поэтому в Центре им. Г. А. Альбрехта инвалидов, наряду с физкультурно-оздоровительными мероприятиями, вовлекают в общедосуговую деятель-

ность, в культурно-массовые мероприятия (музетерапию, театротерапию, участие в литературно-музыкальных концертах и т. п.), что повышает их социальную активность, культуру и способствует развитию эстетических навыков.

В отделении профессиональной и социальной реабилитации Центра им. Г. А. Альбрехта в рамках реализации мер социальной реабилитации внедряются организационно-просветительские методики для привлечения инвалидов к систематическим занятиям физическими упражнениями как универсальному средству восстановления здоровья и трудоспособности. В основе просвещения лежит идея, что если для здоровых людей двигательная активность является обычной потребностью, реализуемой повседневно, то для инвалида физические упражнения жизненно необходимы, они — важное условие полноценной жизни, так как являются эффективным средством и методом одновременно физической, психологической, трудовой и социальной адаптации в обществе. Из числа реабилитантов, прошедших курсы профессиональной реабилитации — 85% составляли инвалиды 2 и 1 группы. Из них — до 70% смогли включиться в трудовую деятельность в разных формах (в обычных или специально созданных условиях, в домашних, в качестве индивидуальных предпринимателей и т. п.)

Несмотря на увеличивающуюся популярность физкультуры и спорта среди инвалидов, на сегодняшний момент отсутствуют учетные потребности инвалидов в области организации занятий разными видами спорта и физической культурой, нет специализированных физкультурных комплексов, не развита реабилитационная индустрия в области физической культуры. Заниматься различными видами спорта хотят 18% инвалидов, при этом у инвалидов молодого возраста потребность заниматься спортом увеличивается до 40%. Эти потребности на настоящий момент удовлетворены незначительно: всего 5 — 7% инвалидов занимаются спортом [7].

Важными причинами недостаточного развития физической культуры инвалидов являются:

- незнание инвалидами собственного физического потенциала; отсутствие осознанной потребности в двигательной активности, соответствующей мотивации и ценностных ориентаций;
- незрелость общественного мнения о необходимости создания для инвалидов условий «равной личности»;
- отсутствие квалифицированных педагогов по адаптивной физической культуре, позволяющих поддерживать и развивать физические возможности инвалида, формировать его личность;
- отсутствие учета потребностей в реабилитации через физическую культуру и спорт на этапе формирования индивидуальной программы реа-

билитации в бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ);

— отсутствие в системе МСЭ социальных и медицинских показаний к направлению на различные виды спорта и физической культуры;

— не разработаны специальные программы в реабилитации инвалидов для занятий физкультурой и спортом по нозологиям болезней, возрасту, степени утраченных функций;

— отсутствие развитой спортивно-реабилитационной индустрии.

Таким образом, на настоящий момент существует реальная потребность и необходимость развивать методологию и совершенствовать методики реабилитации инвалидов через занятия физкультурой и спортом для использования в системе профессиональной реабилитации. Практика показывает, что физкультурные технологии повышают успешность профессиональной подготовки, трудоустройства, работоспособности инвалидов и облегчают процесс их социальной интеграции.

Литература:
1. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон Российской Федерации от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ. Сборник нормативных правовых актов и инструктивных материалов по медико-социальной экспертизе и реабилитации инвалидов, ч. 3. с. 7. — СПб., СПбИУВЭК, 2006. — 95 с.

2. Коробов М. В. Проблемы профессиональной реабилитации инвалидов на современном этапе /Рос. нац. конгресс «Человек и его здоровье»: Тезисы докладов. — СПб., -1999. С. 70-71.

3. Никифоров Г. С. Надежность профессиональной деятельности. — СПб., 1996. С. 176.

4. Бальсевич В. К. Эволюционная биомеханика: теория и практические приложения // Теор. и практ. физ. культ. — 1996, №11.

5. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура, ее философия, содержание и задачи // Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. — СПб.: СПбГАФК им. П. Ф. Лесгафта, 1996.

6. Карасаева Л. А. Организационные аспекты функциональной модели профессиональной реабилитации инвалидов после ампутаций верхних и нижних конечностей. /Рос. нац. конгресс «Человек и его здоровье»: Тезисы докл., — СПб., 2005. С. 199.

7. Андреева О. С. Организационные и методические основы формирования и развития государственной службы реабилитации инвалидов в Российской Федерации. Автореф. диссер. на соискание ученой степени д. м. н. М.: 2002, — 51с.

8. Anthony William A. Characteristics of people with psychiatric disabilities that are predictive of entry into the rehabilitation process and successful employment. Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol. 17, January 1994.

Статья поступила 14. 11. 2006.

Интернет-журнал «Спорт Вместо Наркотиков»

С. В. Кораблев

Спорт (англ. sport, сокращение от первоначально *disport* — «игра», «развлечение») — организованная по определенным правилам деятельность людей, состоящая в сопоставлении их физических и интеллектуальных способностей, а также подготовка к этой деятельности и межличностные отношения, возникающие в её процессе.

Обычно спорт представляет собой специфический род физической или интеллектуальной активности, совершаемой с целью соревнования, а также улучшения здоровья, получения морального и материального удовлетворения, стремления к совершенству и славе, улучшения навыков.

Наркотики (от греч. *narkotik's* — приводящий в оцепенение, одурманивающий) — группа веществ различной природы, оказывающие стимулирующее, угнетающее или галлюциногенное воздействие на центральную нервную систему, злоупотребление которыми приводит к развитию наркомании.

Результаты социологических исследований показывают, что дети, подростки и молодежь считают главными ценностями популярную музыку и спорт, относя к последнему физическое совершенство, силу и красоту человека. Поэтому спорт как альтернатива наркомании — это мощное, во многом недооцененное оружие в борьбе за жизнь подрастающего поколения.

Сегодня идеи наркотизации как раковая опухоль пронизывают подростковые и молодежные сообщества. Пропагандируется мнение, что наркотики способны успокоить или активизировать, дать удовольствие, помочь забыть проблемы, стимулировать творческие способности.

В этих условиях специалистам в области физической культуры и спорта недостаточно использовать занятия спортом только как средство отвлечения молодежи от пагубного пристрастия, заполнения свободного времени, разумной организации досуга. Педагогам, тренерам, учителям физкультуры необходимо формировать у своих подопечных общественно приемлемые ценности, волевые качества, воспи-

тывать их в духе непримиримости к наркотикам.

Юноши и девушки, активно занимающиеся спортом, как правило, являются лидерами среди сверстников, и своим активным отрицательным отношением к наркотикам могут многое изменить в молодежной среде.

Следует упомянуть и экстремальные виды двигательной активности как эффективное средство, рекомендуемое медиками и психологами для использования в процессе реабилитации наркозависимых.

Вот почему в ноябре 2006 года в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте физической культуры в рамках Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005 — 2009 годы» создан интернет-журнал «Спорт Вместо Наркотиков»

<http://sportvmestonarkotikov.blogspot.com/>

Журнал, как живой организм растет и совершенствуется. Но уже сегодня его можно рассматривать как инструмент для формирования политики антинаркотической профилактической работы средствами физической культуры и спорта. На страницах интернет-журнала реализовано:

— хронологическое ведение публикаций и комментариев к ним;

— поиск публикаций в архиве;

— просмотр журнала помимо браузера через программы чтения и/или получения сообщения по электронной почте (один раз подписавшись и более не посещая интернет-журнал);

— автоматически обновляемая связь интернет-журнала с почтовой группой. В почтовой группе может быть множество авторов, которые публикуют свои сообщения, взаимодействуя друг с другом, а ссылка на каждую новую публикацию появляется в интернет-журнале;

— в интернет-журнале ведется статистика посещений.

В ближайших планах — настраиваемый поиск сайтов, относящихся к теме интернет-журнала.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ЗАНЯТИЯХ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ С ЛИЦАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Т. В. Никольская, В. П. Губа, СГАФКСТ, СГУ, г. Смоленск

В последние десятилетия в нашей стране общество заметило огромный социальный слой инвалидов разного возраста, число которых увеличивается приблизительно на 200 тыс. ежегодно [8]. Большинство лиц пожилого возраста, несомненно, являются инвалидами. Они имеют выраженные нарушения в состоянии здоровья.

Современное понимание физического здоровья базируется на представлениях о комплексе не только показателей функционирования всех систем организма, но и высокого уровня адаптивных способностей у лиц пожилого возраста. Научной проблемой исследования «длительного долголетия» во всем мире, и, в частности, в нашей стране занимаются давно. Исследуются способы повышения качества жизни лиц пожилого возраста, укрепления их здоровья, поддержания физической и умственной работоспособности, т. е. то, что позволяло бы пожилым людям не только обслуживать себя, но и быть активными, полезными членами общества [2, 4, 10]. Занятия оздоровительной физической культурой является мощным средством укрепления здоровья в достижении эффекта «длительного долголетия» [5].

В существующей научно-методической литературе по разделу оздоровительной физической культуры (ОФК) для лиц пожилого возраста нет единого методологического подхода к планированию и организации занятий, либо его содержание описывает поддерживающий характер ОФК с низким тренирующим эффектом.

В сфере физической культуры государственными и общественными организациями прикладываются большие усилия для привлечения инвалидов к систематическим занятиям физическими упражнениями как эффективно-му, универсальному средству физической, психической и социальной адаптации [1]. Существуют различные точки зрения относительно использования определенных средств в оздоровительной физической культуре: оздоровительного бега, ходьбы, ходьбы на лыжах, плавания, езды на велосипеде; всевозможных видов гимнастик (атлетической, ритмической, утренней гигиенической, дыхательной, суставной); круговой тренировки [3, 6, 9].

Цель нашего исследования: разработать методику оздоровительной физической культуры для лиц пожилого возраста, с учетом индивидуальных темпов старения.

В качестве **объекта исследования** было выбрано изучение содержания и направленности занятий оздоровительной физической культурой с лицами пожилого возраста.

Предметом исследования была выбрана методика занятий оздоровительной физической культурой в пожилом возрасте, учитывающая индивидуальные темпы старения.

Гипотеза исследования предполагала, что разработанная, научно обоснованная и апробированная в процессе педагогического эксперимента методика оздоровительной физической культуры для лиц пожилого возраста, учитывающая индивидуальные темпы старения, будет способствовать укреплению здоровья, поддержанию физической и умственной работоспособности, замедлению темпов старения, повышению качества жизни лиц пожилого возраста.

Структура и объем физической нагрузки

Весь период педагогического эксперимента мы условно разделили на три этапа (подготовительный, ос-

новной и поддерживающий), развивающие общую выносливость, силу и гибкость. Основной и поддерживающий этапы, кроме того — направлены на совершенствование координации движений занимающихся. Во временном интервале этапы распределились на подготовительный (май — август), основной (сентябрь — январь), поддерживающий (февраль — апрель).

В таблице показано распределение содержания и объема физической нагрузки на занятиях оздоровительной физической культурой в одном занятии по этапам годичного цикла.

Занятия проводились групповым методом при строго индивидуальном подходе к каждому занимающемуся. Основной формой проведения оздоровительных занятий

Таблица
Содержание и объем физической нагрузки на занятиях оздоровительной физической культурой в экспериментальной группе

№	Показатели	Этапы		
		I	II	III
1.	ОРУ общего воздействия, упражнения на гибкость, дыхательные упражнения (мин.)	45	25	30
2.	Игры на внимание (мин)	10	5	5
3.	Станция тренажер «массажер» (мин.)	10	—	—
4.	Станция тренажер «каток» (раз)	10	—	—
5.	Станция тренажер «пружинный эспандер» (раз)	10	—	—
6.	Станция тренажер «мини-степпер» (мин.)	15	—	—
7.	Станция тренажер «велоэргометр» (мин.)	—	20	—
8.	Станция тренажер «классик» (кг) А — передняя поверхность мышц бедра и голени Б — задняя поверхность мышц бедра и голени	—	10	—
9.	Станция тренажер «классик» (кг) А — верхняя тяга средним хватом Б — верхняя тяга широким хватом В — верхняя тяга узким хватом	—	10	—
10.	Станция тренажер «гребное устройство» А — упражнение «гребля» (раз) Б — упражнение «полуприсед» (раз)	—	—	10
11.	Станция тренажер «беговая дорожка» — ходьба в гору — угол 30° (мин.)	—	—	25
12.	Станция тренажер «классик» (кг) — упражнение «бабочка»	—	—	10
13.	Станция тренажер «классик» — жим лежа (кг)	—	—	10

являлся урок, в котором все задания выполняли по методу круговой тренировки с включением игр на внимание (рис.). Структура и содержание уроков были следующей: ОРУ общего воздействия без предметов и с предметами, упражнения на гибкость, координацию движений, дыхательные упражнения, силовые упражнения на тренажерах. Длительность урока составляла 40 — 60 минут в зависимости от этапа годичного цикла. Занятия проводились 2 — 3 раза в неделю. Урок начинался с измерения пульса и опроса занимающихся о самочувствии. При необходимости контролировалось артериальное давление. Занятие состояло из трех частей: подготовительной, основной, заключительной. В подготовительной части (продолжительность 12 — 15 минут) применялись: различные виды ходьбы, элементы строевой подготовки (повороты направо, налево, кругом, полуобороты); общеразвивающие упражнения без предметов, с предметами, дыхательные упражнения в разных исходных положениях: сидя (на стуле, на полу); лежа (на животе, спине, боку); стоя.

В основной части занятия (20 — 35 минут) использовалась общепринятая методика круговой тренировки, суть которой составляет выполнение предписанного комплекса физических упражнений при условии



Рис. Схема основного этапа занятия оздоровительной физической культурой для лиц пожилого возраста

дозирования нагрузки и строго установленного порядка ее изменения при чередовании с отдыхом.

В течение занятий продолжительность выполнения и интенсивность физических упражнений ступенчато увеличивались. На основном этапе добавлялись и/или использовались с большей продолжительностью упражнения на общую выносливость, физическую работоспособность и силу, а также упражнения на координацию движений.

Подготовительный этап

- Станция тренажер «массажер».
- Станция тренажер «каток».
- Станция тренажер «пружинный эспандер».
- Станция тренажер «мини-степпер».

Основной этап

- Станция тренажер «велоэргометр».
- Станция тренажер «классик»:
 - а) передняя поверхность мышц бедра и голени;
 - б) задняя поверхность мышц бедра и голени.
- Станция тренажер «классик»:
 - а) верхняя тяга средним хватом;
 - б) верхняя тяга широким хватом;
 - в) верхняя тяга узким хватом.

Поддерживающий этап

- Станция тренажер «гребное устройство»:
 - а) упражнение «гребля»;
 - б) упражнение «полуприсед».
- Станция тренажер «беговая дорожка» — ходьба в гору (угол 30°).
- Станция тренажер «классик» — упр. «бабочка».
- Станция тренажер «классик» — упражнение «жим лежа».

Предпочтительным вариантом «Круговой тренировки» в занятиях с лицами пожилого возраста является метод повторной работы. Для того чтобы дозировать нагрузку на каждой станции, необходимо учесть результаты выполнения «максимального теста». Методика выполнения «максимального теста» заключается в следующем: испытуемый на каждой «станции» старается показать максимальный результат в течение 30 секунд. Исходная тренировочная нагрузка на каждой «станции» составляет 50% от результатов «максимального теста». Увеличение тренировочной нагрузки в занятиях осуществляется путем постепенного увеличения количества повторений уп-

ражнений при стандартном времени прохождения «кругов», начиная от половины до трех четвертей максимального теста.

Продолжительность заключительной части занятия составляла 8 — 10 минут. Средства, применяемые в заключительной части занятия: спокойная ходьба, упражнения на расслабление, гибкость, дыхательные упражнения (рис.).

После занятия проводилось измерение пульса, артериального давления, опрос занимающихся о самочувствии.

Рабочий пульс составлял 90 — 120 в подготовительном и 100 — 130/140 ударов в минуту — в основном и поддерживающем этапах.

Заключение

В ходе педагогического эксперимента было доказано, что использование методики оздоровительной физической культуры для лиц пожилого возраста, учитывающей индивидуальные темпы старения, после годичного цикла занятий у большинства испытуемых экспериментальной группы способствует нормализации сна, улучшению аппетита и настроения, появлению чувства бодрости, уменьшению метеозависимости, сокращению числа обращений к врачу. Но главное, в отличие от лиц контрольной группы, — появилось желание самостоятельно заниматься оздоровительной физической культурой.

За тот же период в контрольной группе не выявлено достоверных положительных изменений полученных показателей силы, выносливости, гибкости и физической работоспособности.

Результаты анализа данных обследования лиц из контрольной и экспериментальной групп не только отражают динамику процессов инволюции, но и подтверждают эффективность разработанной и апробированной на практике методики оздоровительной физической культуры, которая способствует укреплению здоровья, замедлению темпов старения, поддержанию физической и умственной работоспособности, позволяет существенно повысить уровень двигательных возможностей и качества жизни лиц пожилого возраста.

Литература

1. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры // Учебник. В 2 т. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под общей ред. проф. С. П. Евсеева. — М.: Советский спорт, 2002. — 448 с.: ил.
2. Куличенко С. В. Организация занятий оздоровительной физической культурой с мужчинами 70-80 лет // Вестник спортивной науки. — 2006. — № 2. — С. 46-48.
3. Мильнер Е. Г. Пути повышения оздоровительной тренировки // Теория и практика физической культуры. — 2000. — №9. — С. 43-48.
4. Пожилые люди: развитие социальных услуг / Сост. Н. С. Дегаева, Г. В. Сабитова. — М.: ГосНИИ семьи и воспитания. — 2004. — Вып. 1. — 192 с.
5. Расин М. С., Коптева Т. В. Научно-методические аспекты оздоровительной тренировки женщин пожилого возраста // Теория и практика физической культуры. — 1997. — № 7. — С. 45-46.
6. Тяпин А. Н. Методика занятий круговой тренировкой с лицами зрелого и пожилого возраста при сердечно-сосудистых заболеваниях: Методические рекомендации. — М.: Советский спорт, 2001. — 32 с.
7. Физкультурно-оздоровительная работа с людьми пожилого возраста / ВНИИФК: Методические рекомендации. — М.: Советский спорт, 2003. — С. 10-18.
8. Шапкова Л. В., Евсеев С. П. Опорные концепции методологии адаптивной физической культуры // Теория и практика физической культуры. — 1998. — №1. — С. 8-18.
9. Якубовская А. Р. Особенности дыхательной гимнастики для лиц пожилого возраста: Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции «проблемы оздоровления лиц старшего поколения средствами и методами физической культуры» (30-31 марта 2004 г., Москва). — М.: ВНИИФК, 2004. — С. 131-132.
10. Robert S. Mazzeo, Peter Gavanagh, William J. Evans. Exercise and physical activity for older adult. *Medicine & Science in Sport & Exercise*. 16: 992 — 1003, 199

Туризм и рекреация в социально-досуговой деятельности людей с ограниченными возможностями

Н. В. Соловьёва, РГУФК, Москва

Обеспечивая социальную защищенность лиц с ограниченными возможностями здоровья, государство должно создавать им необходимые условия для достижения одинакового со своими согражданами уровня жизни, в том числе в сфере образования, занятости и участия в общественной жизни.

Сегодня одним из важных методов в практике реабилитации лиц с ограниченными возможностями становится туризм, который имеет основную целевую функцию — восстановление физических и психических сил человека, и способствует интеграции в социальную жизнь. Кроме того, одним из основных позитивных средств туризма является удовлетворение общественнополезной потребности в активном отдыхе, выражающейся в двигательной активности, связанной непосредственно с рекреацией.

Под рекреацией мы понимаем расширенное воспроизводство, восстановление сил человека.

Полноценный отдых людей с ограниченными возможностями здоровья действительно играет огромную роль в этом восстановлении, поскольку создает в их жизни необходимый баланс и гармонию, помогает получить новый заряд энергии. Именно поэтому в современном обществе возникает острая потребность в правильной организации досуга таких людей, требующая государственной поддержки и правильной организации, а также выявляется актуальная необходимость разработки и создания модели адаптивной двигательной рекреации в туризме. Этой проблеме посвящены исследования кафедры теории и методики адаптивной физической культуры РГУФК.

Цель исследования — проектирование модели адаптивной двигательной рекреации средствами туризма и апробация её в условиях социально-досуговой деятельности людей с ограниченными возможностями здоровья.

Туризм является одним из наиболее активных и интересных видов досуга для лиц с ограниченными возможностями, сочетающим одновременно увлекательную и познавательную деятельность:

- в походах, поездках, путешествиях и экскурсиях воспитываются терпение, смелость, выносливость, любознательность;

- на экскурсиях поощряется познавательная активность;

- в клубах по интересам развиваются творческие способности.

Процесс рекреации можно представить следующим образом:

Исследования материалов литературных и научных источников со всей очевидностью доказывают, что для лиц с ограниченными возможностями здо-



Рис. Рекреация

рочья, рекреация в туризме — это:

- расширенное воспроизводство физических, интеллектуальных и эмоциональных сил человека;

- любая игра, развлечение и т. п., используемые для восстановления физических и умственных сил;

- наиболее быстро развивающийся сегмент индустрии досуга, связанный с участием в активном отдыхе на открытом воздухе;

- перестройка организма, обеспечивающая возможность активной деятельности при различных условиях, характере и изменениях окружающей среды;

- активный отдых, обеспечиваемый различными видами профилактики заболеваний в стационарных условиях и экскурсионно-туристскими мероприятиями.

Добавления «двигательная» конкретизирует понятие, означающее, что в процессе восстановления, отдыха преобладает двигательная деятельность с использованием физических упражнений.

Наши исследования характеризует двигательную рекреацию не только как игровую деятельность в сфере досуга, связанную с получением удовольствия от самого процесса выполнения физических упражнений и направленную на организацию активного отдыха, но и как двигательную деятельность, направленную на удовлетворение общественно полезной потребности в активном отдыхе, содержательном развлечении и всестороннем совершенствовании личности.

По нашему мнению, содержание адаптивной двигательной рекреации направлено на:

- активизацию поддержания или восстановления физических и духовных сил, затраченных лицами с ограниченными возможностями здоровья во время какой-либо деятельности (труд, учёба, спорт);

- на профилактику утомления, развлечения, интересное проведение досуга и вообще на оздоровление, улучшение кондиции, повышения уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием.

Адаптивная двигательная рекреация средствами туризма, преследует следующие цели:

- поддержание гармонического физического и функционального развития;

- развитие двигательных способностей;

- совершенствование и углубление основных двигательных умений и навыков;

- укрепление и расширение знаний по вопросам физической культуры;

- выработка и укрепление положительного отношения к активным формам отдыха через укрепление навыка к регулярной двигательной деятельности, дифференцирование туристских интересов с тем, чтобы они стали составной частью повседневного образа жизни;

- укрепление мировоззренческих взглядов;

- развитие эстетического вкуса к двигательной деятельности;

- развитие творческих способностей;
- закаливание организма, укрепление гигиенических навыков, способностей вести здоровый образ жизни.

Рекреационная туристская деятельность подразумевает определенные функции по рекреационному обслуживанию туристов.



Рекреационное обслуживание — действия в рамках группы людей, направленные на дальнейшее развитие взаимной связи и совершенствование общественной жизни. Организация рекреационного обслуживания туристов с ограниченными возможностями рассматривается как способ обеспечения их интеграции в общество на основе трех взаимосвязанных процессов:

- приобщения — создания условий, обеспечивающих каждой группе людей или индивидуумам возможность лучше познать самих себя и окружающих;
- взаимного ознакомления групп людей, знакомства с произведениями искусства и их создателями или культурными центрами либо на основе договоренности, либо с помощью формального контакта;
- творческого самовыражения — самовыражения, инициативы и чувства ответственности на основе обеспечения взаимодействия индивидуумов и групп людей с окружающей средой.

Основными задачами рекреационного обслуживания туристов с ограниченными возможностями являются:

- развитие общественных связей, придание отношениям между людьми с ограниченными возможностями тесного и дружеского контакта;
- оказание помощи людям с ограниченными возможностями в соответствии с культурными традициями в изучении и овладении основными понятиями логики, эстетики, поэзии и экономики и расширении общего кругозора личности;
- организация свободного времени индивидуума и развитие личности во время путешествий и экскурсий.

Организация рекреационного обслуживания в рамках проведения досуга и туристских поездок людей с ограниченными возможностями здоровья определяется рядом запросов и интересов, в числе

которых можно выделить:

- художественные (литература, кинематограф, театр, праздники, песенное творчество, живопись, скульптура, искусство фотографии и т. д.);
- интеллектуальные (самостоятельные занятия, самообразование, участие в конференциях, собраниях, чтение газет и книг, прослушивание и просмотр программ радиовещания и телевидения);
- общественные (семья, место жительства, местные праздники, культурные мероприятия, встречи и т. д.);
- практические (садоводство, занятия в кружках «сделай сам», ремесленные промыслы и т. д.);
- туристско-спортивные (различные виды самостоятельного туризма и спорта, общение с природой, рыбная ловля, пешеходные прогулки, физкультура и т. д.).

Социальные функции рекреационного обслуживания:

- адаптация и интеграция индивидуумов в «социальную ткань» общества, их подготовка к многочисленным культурным, социальным и экономическим переменам, происходящим в обществе;
- рекреационные аспекты организации досуга. Развитое общество несовместимо с неорганизованностью даже в свободное время. Оно берет на себя ответственность за отдых и организацию досуга лиц с ограниченными возможностями, чаще всего, используя в этих целях соответствующие социальные и культурные ресурсы, специалистов в этой области;

— образовательная (параллельная и дополнительная школы). В отдельных случаях специальная организация рекреационного обслуживания позволяет дополнить основное образование и акцентировать внимание на определенных культурных аспектах;

- «ортопедическая» — в том плане, что соответствующая организация рекреационного обслуживания позволяет устранить пробелы в образовании и культурном уровне, так как она сглаживает определенные различия и предупреждает возникновение конфликтов путем устранения социально-культурных аномалий;

— критическая. Наряду с функцией социального упорядочения соответствующая организация рекреационного обслуживания может способствовать формированию критического взгляда на вещи, возникновению новых связей между отдельными людьми и группами.

Культурные функции рекреационного обслуживания. Рекреационное обслуживание способствует распространению культурных ценностей, иными словами, это эффективное средство популяризации произведений искусства. Оно также вносит свой вклад в развитие народной культуры.

В рассматриваемом аспекте, адаптивной двигательной рекреации в туризме принадлежат большие реабилитационные возможности, так как она:

- позволяет устранить или ослабить неблагоприятные последствия урбанизации жизни, в частности: нервно-эмоциональные перегрузки, гипокинезию и добиваться повышения трудоспособности людей с ограниченными возможностями за счет социально-досуговой деятельности;
- обеспечивает достаточную мышечную активность и стимулирует естественный иммунитет;
- обеспечивает при выходе человека из повсед-

невных, однообразных и утомительных условий жизни переключение нервно-эмоциональной сферы на новые объекты внешней среды, отвлечение его от утомляющих и подчас отрицательных воздействий повседневности;

— воспитывает умения видеть и наслаждаться красотами природы, развивает «родственное» отношение к ней, что имеет неопределимое психологическое значение, облагораживает и возвышает человека духовно;

— воспитывает чувства коллективизма, любознательности, патриотизма, и других ценных морально-волевых качеств, играющих решающую роль в профилактике нервно-психических заболеваний и расстройств.

— обеспечивает повышение уровня обменных процессов, деятельности эндокринной системы и тканевого иммунитета, стимулируют регенеративные процессы.

Определяя место адаптивной двигательной рекреации в туризме, можно выделить следующие её организационно-методические направления:

1. **Лечебно-реабилитационное** направление предполагает использование оздоровительных видов спорта и санаторно-курортное лечение (на курортах, в санаториях, домах отдыха, пансионатах, водолечебницах и т. п.), а также экзотические туры, например для желающих бросить курить.

2. **Адаптивное** направление предполагает формирование у лиц с ограниченными возможностями (инвалидов) качеств и способностей, в той или иной степени компенсирующих поврежденные функции. Это позволяет повысить разнообразие, эмоциональную окрашенность их жизни, расширить круг общения.

3. **Рекреативное** направление подразумевает двигательную (физическую) рекреацию — восстановление физического и психоэмоционального состояния людей через активный отдых путем организации развлечений, активного досуга и т. д. с использованием средств физической культуры. Оздоровительный, восстановительный эффект достигается через эмоциональную разрядку, развлечение, получение удовольствия, смену места и области деятельности.

4. **Кондиционно-профилактическое** направление направлено на поддержание оптимального уровня развития физических качеств и внешнего вида, улучшение здоровья, профилактику «болезней цивилизации», «возрастных» заболеваний и предполагает получение существенного тренировочного эффекта от систем организма.

Использование элементов двигательной активности в процессе туристской деятельности дадут положительный эффект в реабилитации только тогда, когда они:

а) адекватны возможностям больного или инвалида;

б) оказывают тренирующее действие и повышают адаптационные возможности, при условии, что методист знает и учитывает ряд методических правил и физиологически обоснованные педагогические принципы:

— **индивидуальный подход.** При разработке рекреационных туристских программ необходимо учитывать возраст, пол и профессию «особого» туриста,

его двигательный опыт, характер и степень патологического процесса, функциональные возможности;

— **сознательность.** Только сознательное и активное участие самого туриста с ограниченными возможностями в туристских мероприятиях, его психологический настрой и психоэмоциональный фон создают необходимые условия для эффективной реализации применяемых реабилитационных мероприятий при использовании различных элементов двигательной активности;

— **принцип постепенности** особенно важен при повышении физической нагрузки по всем ее показателям: объему, интенсивности, количеству элементов двигательной активности, их сложности и числу повторений, как во время одного мероприятия, так и на протяжении всех туристских мероприятий программы;

— **систематичность.** Только систематически применяя различные средства реабилитации в спортивно-оздоровительном и экскурсионном туризме, можно обеспечить оптимальное воздействие, позволяющее повышать функциональное состояние организма «особого» туриста;

— **цикличность.** Чередование работы и отдыха с соблюдением оптимального интервала (отдых между двумя элементами двигательной активности и между двумя турмероприятиями);

— **последовательность воздействия** (или поочередность), т. е. последовательное чередование элементов двигательной активности для различных мышечных групп;

— **новизна и разнообразие** в подборе и применении физических упражнений, т. е. 10 — 15% физических упражнений должны обновляться, а 85 — 90% повторяться для закрепления достигнутых успехов реабилитации;

— **умеренность воздействия** средствами реабилитации означает, что физические нагрузки при проведении рекреационных туристских мероприятий должны быть умеренными, возможно более продолжительными, либо нагрузки должны быть дробными, что позволит достичь адекватности нагрузок состоянию туриста с ограниченными возможностями.

Литература

1. Ахметшин А. М. Туризм как метод реабилитации и оздоровления инвалидов и пожилых людей. — Уфа, 2000. — 172 с.
2. Бастрыкина А. В. Туризм в системе социальной реабилитации пожилых и людей с ограниченными возможностями. — М., 1999. — 132 с.
3. Востоков И. Е., Федотов Ю. Н. Спортивно-оздоровительный туризм: Учебник. — М.: Советский спорт, 2002.
4. Квартальнов В. А. Туризм: история и современность: Избр. произведения: в 4-х т. Т. III. Кн. пятая: Туризм как сфера деятельности. Кн. Шестая: Планирование и управление в туризме. — М.: Финансы и статистика, 2002. С. 8-20.
5. Латчук В. Н., Бурлакина О. В. Роль туризма в реабилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями // Коррекционная педагогика. 2006. № 3.
6. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник Т. 1 / Под общ. ред. С. П. Евсеева. — М.: Советский спорт, 2002.

Статья поступила 15. 12. 2006.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СПОРТИВНОЙ ГИМНАСТИКИ В СПЕЦИАЛЬНОМ ОЛИМПИЙСКОМ ДВИЖЕНИИ

**Г. В. Бармин,
Т. П. Бегидова,
П. Ю. Королев,
Воронежский
государственный институт
физической культуры**



Абсолютный чемпион Европы по спортивной гимнастике (программа Специальной Олимпиады) Андрей Востриков и его тренер П. Ю. Королев

В последнее время отмечается увеличение количества детей с отклонениями в развитии. Выросло число коррекционных групп и классов компенсирующего обучения в дошкольных и школьных учреждениях, открываются новые реабилитационные центры, консультации, отделения и спортивные школы для детей-инвалидов.

Наиболее эффективным средством вовлечения детей-инвалидов в общественную жизнь являются адаптивная физическая культура и спорт.

На сегодняшний день в адаптивном спорте существует три направления, признанных Международным Олимпийским Комитетом (МОК): Паралимпийское, Сурдлимпийское и Специальное Олимпийское. Соревнования предназначены для различных категорий инвалидов, имеют свои цели, задачи и правила соревнований.

Гимнастика является основой начальной подготовки спортсменов, наиболее доступным и массовым видом спорта, что подтверждается существованием международной Специальной Олимпийской программы по спортивной гимнастике.

Спортивная гимнастика, являясь сложно-координационным видом спорта, одним из результативных средств коррекционного воздействия, требует от занимающихся постоянного контроля над собой, над качеством упражнений, строгой дифференциации временных, силовых и пространственных характеристик движений. Она может играть важнейшую роль в деле воспитания детей с нарушениями интеллекта, их адаптации и интеграции к жизни в современном обществе.

Программа рассчитана на различный уровень подготовленности спортсменов: от новичков – уровень А, до самого сложного – IV уровня, включающего произвольную программу с трудными гимнастическими элементами. Программа непрерывно развивается и совершенствуется. Главное в этой программе – безопасность занимающихся. Необходима обязательная страховка спортсменов при выполнении соревновательных упражнений, опорный прыжок до II уровня выполняется без использования гимнастического коня, упражнения выполняются на низком бревне до их надежного освоения.

В новой программе в целях безопасности стойка на голове в вольных упражнениях мужчин заменена более сложным для выполнения элементом – стойкой силой на руках (спичаг).

Воронеж Олимпийский немалым без гимнастики. На именах Т. Люхиной, Л. Бурды, Е. Давыдовой, А. Ткачева, Д. Труша, Н. Крюкова воспитываются будущие олимпийцы. Город также является базовым центром, одним из инициаторов развития спортивной гимнастики в программе Специальной Олимпиады.

Поиск оптимальной организации и направлений развития гимнастики для лиц с ментальными нарушениями, подготовка и участие российских гимнастов в международных соревнованиях по программе Специальной Олимпиады определили актуальность исследования.

Предполагалось, что изучение и анализ современного состояния спортивной гимнастики в России и в мире позволят повысить уровень ее развития и квалификации специалистов, а также подготовленности гимнастов, что приведет к росту спортивных результатов в соревнованиях по программе Специальной Олимпиады.

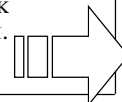
Целью исследования являлось обоснование тенденции развития спортивной гимнастики в программе Специальной Олимпиады в России и в мире.

Методами проводимого исследования стали: изучение и анализ специальной литературы и документации; педагогические наблюдения; анкетирование тренеров и специалистов; беседы со спортсменами по Олимпийской тематике; метод экспертных оценок; методы математической статистики.

С 1999 года, с момента юридической регистрации Специальной Олимпиады России было проведено 3 чемпионата России: в 2001 г. в Санкт-Петербурге (участвовали представители шести регионов – 11 юношей и 10 девушек) и дважды в 2005 и 2006 гг. в Воронеже, где были представлены, соответственно, 9 и 12 регионов РФ (юноши – 22 и 25, девушки – 15 и 22). Рос-

сийские спортсмены приняли участие в двух крупных международных соревнованиях (Всемирные летние Специальные Олимпийские Игры – 2003 в Ирландии и Европейские летние молодежные Специальные Олимпийские Игры – 2006 в Италии).

За эти годы произошли качественные изменения в сторону усложнения программ (табл. 1). В 2001 году, на начальном этапе развития гимнастики в стране, дирекцией Специальной Олимпиады России было принято решение об участии в Чемпионате России спортсменов, выступающих по уровню А, предназначенному лишь для соревнований местного масштаба. По итогам соревнований среди этих спортсменов была проведена жеребьевка для отбора на Всемирные Летние Олимпийские Игры 2003 года в Ирландии. Как показала практика, решение было правильным.



За полтора года спортсмены освоили программы, соответствующие международному уровню. Впоследствии на чемпионатах России могли участвовать гимнасты, выступающие по уровню А, но отбор на международные соревнования среди них не проводился.

Количество спортсменов, выступающих по уровню «А» уменьшилось на 67%, по уровню «I» увеличилось на 30%, по уровню «II» — на 8%, появились спортсмены, соревнующиеся по уровню «III».

Помимо усложнения программ произошли качественные изменения в исполнительском мастерстве гимнастов. Анализ протоколов соревнований подтверждает эту тенденцию. Процентные показатели уровня спортивно-технической подготовленности выглядят следующим образом (Табл. 2)

На Европейских летних молодежных Играх в Италии (2006 г.) по сравнению со Всемирными Играми в Ирландии (2003 г.) доля высоких оценок — 9,5 и выше — выросла на 4,3% (с 3,4% до 7,7%); от 9,0 до 9,4 выросла на 9,1% (с 5,1% до 14,2%), тогда, как доля оценок от 8,5 до 8,9 снизилась на 0,9% (с 17,1% до 16,9%), оценок от 8,0 до 8,4 уменьшилась на 1% (с 16% до 15%), а доля оценок ниже 8,0 баллов уменьшилась на 11,8% (с 58% до 46,2%), что подтверждает рост спортивно-технической подготовленности гимнастов.

Руководство Специальной Олимпиады Европа/Евразия и России большое внимание уделяет профессионализму специалистов, тренеров и судей. За последние годы был проведен европейский семинар в Польше (Варшава) в 2004 году и всероссийские семинары в 2005, 2006 годах. На семинарах рассматривались вопросы освоения новых программ и судейства. Были разработаны и изданы учебно-методические пособия (Т. П. Бегидова «Пособие для тренеров и правила соревнований по спортивной гимнастике по программе Специальной Олимпиады». — М., 2003; Т. П. Бегидова «Спортивная гимнастика в программе Специальной Олимпиады». — Воронеж, 2006). Издание пособий финансировалось Специальной Олимпиадой России из средств европейского фонда.

В судейских семинарах принимали участие студенты и преподаватели Санкт-Петербургского государ-

ственного института физической культуры им. Лесгафта и Воронежского института физической культуры, а также члены областных федераций спортивной гимнастики. Среди судей — мастера спорта и мастера спорта международного класса, кандидаты наук, доценты и профессора.

Проведенные мероприятия способствовали повышению требований к качеству исполнительского мастерства, что проявилось в ужесточении судейства. Как видно из таблицы 2, на Чемпионатах России доля высоких оценок — 9,5 и выше — снизилась на 18,6% (с 31,1% до 12,5%); от 9,0 до 9,4 снизилась на 11,7% (с 40,7% до 29,0%), тогда, как доля оценок от 8,5 до 8,9 выросла на 8,2% (с 19,8% до 28,0%), оценок от 8,0 до 8,4 выросла на 10,5% (с 4,5% до 15%), а доля оценок ниже 8,0 баллов увеличилась на 11,6% (с 4,0% до 15,6%). Снижение процентных показателей высоких оценок связано, по-видимому, и с усложнением исполняемых гимнастами программ.

Последними крупными международными соревнованиями были Европейские летние Специальные молодежные Олимпийские Игры, проходившие с 28 сентября по 6 октября 2006 года в Италии (г. Рим). В спортивной гимнастике соревновалось 67 спортсменов из 17 стран (33 юноши и 34 девушки).

По отзывам российских спортсменов и тренеров, уровень организации и проведения Чемпионатов России выше, чем в Италии.

Анализ данных оценочных листов, заполненных специалистами по результатам проведения чемпионата России 2006 года, отразил их уровень: оценка «удовлетворительно» — 2%; «хорошо» — 25,8%; «отлично» — 72,2%.

Хотя жизнерадостности европейцев, умению поднять настроение спортсменам и зрителям, создать праздничную атмосферу в спортивном зале стоит поучиться российским специалистам!

В сборную России входили гимнасты из Воронежской области — Андрей Востриков, Ольга Черникова и Ольга Беспалова, Ленинградской — Марина Васильева, из Костромской — Анастасия Соколова, Иркутской — Андрей Филатов, Челябинской — Валерий Ягафаров, спортсмен Саратовской области в Москву не явился.

Таблица 1.
Состав гимнастов — участников соревнований

Уровень	Чемпионат РФ, Воронеж, 2005		Чемпионат РФ, Воронеж, 2006		Европейские Игры, Италия, 2006	
	М	Д	М	Д	М	Д
A	2	1	—	1	—	—
I	11	10	14	13	23	26
II	9	4	8	4	9	7
III	—	—	3	3	1	1
IV	—	—	—	—	—	—

Таблица 2.
Спортивно-техническая подготовленность гимнастов (в многоборье)

Оценки в финале	Всемирн. Игры, Ирландия, 2003	Чемпионат РФ, Воронеж, 2005	Чемпионат РФ, Воронеж, 2006	Европейские Игры, Италия, 2006
□9,5	3,4%	31,1%	12,5%	7,7%
9,0-9,4	5,1%	40,7%	29%	14,2%
8,5-8,9	17,1%	19,8%	28%	16,9%
8,0-8,4	16%	4,5%	15%	15%
<8,0	58%	4%	15,6%	46,2%



Сборная России по гимнастике (по программе Специальной Олимпиады)

Тренеры сборной — П. Ю. Королев, Ю. В. Пылаев и советник по спортивной гимнастике — Т. П. Бегидова.

Российские гимнасты выступили успешно, завоевав 40 медалей из 41 возможной. Из них 27 золотых, 8 серебряных и 5 бронзовых (табл. 3).

Спортивная подготовка атлетов и профессионализм российских тренеров впечатляли так, что в командах соперницах начинались традиционные разговоры о том, что Россия привозит здоровых спортсменов, но опровергнуть диагноз «написанный на лице» — синдром Дауна никто не мог. Все домыслы были безосновательными.

Профессионализм тренеров базируется на уровне их спортивной подготовленности и полученном образовании. На Чемпионате России-2006 и на Европейских летних молодежных Специальных Олимпийских Играх в Италии в 2006 году были проведены анкетирование и опрос тренеров. Полученные данные, соответственно

64% на Чемпионате России и 41,2% на Европейских Играх от общего количества тренеров по гимнастике, занимавшихся ею ранее и имеющих спортивные разряды, свидетельствуют с одной стороны, о более высоком уровне профессиональной подготовки российских тренеров, а с другой – о доступности гимнастики, как вида спорта.

Проведенные исследования подтверждают необходимость дальнейшего целенаправленного развития спортивной гимнастики в программе Специальной Олимпиады, как доступного средства адаптации к жизни в обществе и интеграции лиц с проблемами развития. Материалы исследования позволят дать рекомендации тренерам и специалистам, в соответствии с которыми может осуществляться коррекция тренировочного процесса с учетом индивидуальных особенностей спортсменов и тенденций

Таблица 3.
Результаты выступления сборной России на Европейских летних молодежных Специальных Олимпийских Играх-2006 в Италии

Имя, фамилия, территория, уровень	Занятые места				
	всего	1	2	3	др.
Андрей Востриков, Воронежская обл. I	7	5	1	1	—
Ольга Черникова, Воронежская обл. I	5	4	—	1	—
Ольга Беспалова, Воронежская обл. I	5	2	2	1	—
Марина Васильева, Ленинградская обл. II	5	2	3	—	—
Анастасия Соколова, Костромская обл. I	4	4	—	—	1
Андрей Филатов, Иркутская обл. II	7	3	2	2	—
Валерий Ягафаров, Челябинская обл. III	7	7	—	—	—

развития российской и мировой гимнастики в программе Специальной Олимпиады, что повысит его эффективность. Результаты исследований станут основой для дальнейшей разработки учебных программ и пособий по адаптивной физической культуре.

Статья поступила 17.12.2006.

Коррекция симптомов отсроченного посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих – ветеранов современных вооруженных конфликтов

А. В. Попинако

Боевые действия считаются одним из значительных факторов по уровню стрессорогенности при воздействии на психику личности. Война с точки зрения экстремальных условий, вызывающих возникновение психогений, объединяет психотравмирующие факторы, присущие почти всем стихийным бедствиям и катастрофам (Александровский Ю. А. 1991). Одним из клинических видов боевой психической патологии является боевое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Из анализа литературных источников следует, что, спустя 4 – 5 месяцев после возвращения из командировки, у 96% участников боевых действий определяется превышение психической нормы. Только 25% военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях в Чеченской республике, по результатам психологического обследования и осмотра специалистов признаны практически здоровыми, у 49% — астено-депрессивный синдром, у 35% — признаки психопатических реакций.

Только военнослужащий со здоровой психикой способен осознать личную ответственность за исполнение воинского долга. Если он находится в состоянии подавленности, психического истощения, в состоянии внутреннего конфликта — становится потенциально ненадежным в боевом отношении (Бубеев Ю. А., Ушаков И. Б., Ромасюк С. И., 2002). Исходя из этого, наличие первичных симптомов ПТСР у военнослужащих требует неотложных психокоррекционных мероприятий в виду развития более продолжительных и менее обратимых расстройств (Лазебная Е. О., 1999).

Все выше изложенное обуславливает научную актуальность данного исследования и определяет выбор цели исследования.

Цель: средствами спортивных игр (на примере волейбола) способствовать психической реабилитации военнослужащих — участников современных вооруженных конфликтов, с отсроченным посттравматическим стрессовым расстройством (далее ПТСР).

Использовались следующие методы и методики исследования:

— Методы исследования: анализ научной литературы, констатирующее сравнительное исследование, методы опроса, анализ служебной и медицинской документации, формирующего эксперимента, методы математической статистики.

— Методики: Опросник травматического боевого стресса И. О. Котенева (1996); методика «Характерологические акцентуации личности и нервно-психическая устойчивость» (2001); шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергер-Ю. Л. Ханина (2001); 16 PF опросник Кэттелла (2004).

В качестве одного из средств коррекции первичных симптомов отсроченного ПТСР был выбран волейбол и разработана специальная трехэтапная программа занятий: этап 1 –

мотивационный, формирование мотивации к совершенствованию профессионально важных качеств военнослужащих, этап 2 – совершенствование профессионально важных качеств, этап 3 — формирование установок на служебно-боевую деятельность военнослужащих.

Для проведения эксперимента были созданы две группы: экспериментальная и контрольная, состоящие из военнослужащих контрактной службы, лиц мужского пола, участников современных вооруженных конфликтов с отсроченным ПТСР, возраст испытуемых 20 — 40 лет, всего 50 человек.

Обоснованность выбора игры в волейбол как одного из средств коррекции первичных симптомов отсроченного ПТСР у военнослужащих — участников современных вооруженных конфликтов, обоснована следующими критериями:

1. Подвижные игры, к которым относится игра в волейбол, направлены на тело и психику человека (Демин В. А., 1975). По мнению Ю. Ф. Курамшина (2004), спортивные игры способствуют укреплению физического и психического здоровья. Исследователями (Нунцевич С. Г. 2002., Евсеев С. П., 1996) определено три стороны воздействия спортивных игр на личность: моторная, психическая, социальная. Под-

вижная игра позволяет на высоком эмоциональном уровне эффективно решать коррекционные задачи (Ганзина Н. В., 1997).

2. Согласно теории К. Левина, индивидуумов легче изменить, когда они собраны в группу (Капрара Дж., Сервон Д., 2003).

3. В психологическом обеспечении большую роль играет мотивация (Ильин Е. П., 2000; Волков С. П., 2002). Успешность занятия, зависит от того, насколько вид спорта соответствует склонностям испытуемых, в данном случае военнослужащие экспериментальной группы из предложенных в анкете видов спорта отдали предпочтение — волейболу.

Реабилитационная программа была рассчитана на 6 месяцев — всего 72 занятия (108 часов: 24 недели, в неделю 3 занятия по 1,5 часа).

Исследование выраженности симптомов отсроченного ПТСР у военнослужащих — участников современных вооруженных конфликтов проводилось до, и после проведения эксперимента. Эффект программы оценивался по наличию позитивных изменений выраженности первичных симптомов отсроченного ПТСР у военнослужащих — ветеранов современных вооруженных конфликтов.

Из анализа результатов про-

веденного эксперимента, при сравнении степени выраженности первичных симптомов ПТСР экспериментальной и контрольной групп следует, что все исследуемые первичные симптомы ПТСР у военнослужащих — ветеранов современных вооруженных конфликтов экспериментальной группы на высоком уровне значимости подверглись коррекции: А — событие травмы ($p = 0,01$), В — повторное переживание травмы ($p = 0,01$), С — симптомы «избегания» ($p = 0,005$), Д — симптомы гиперактивации ($p = 0,002$).

Для военнослужащих — участников современных вооруженных конфликтов с отсроченным ПТСР, не прошедших психическую реабилитацию посредством занятия в спортивных секциях (волейбол), спустя шесть месяцев, положительной динамики в выраженности первичных симптомов отсроченного ПТСР не наблюдалось.

Вывод

Из анализа экспериментальных данных следует, что игра в волейбол по специальной программе, может быть использована, как одно из эффективных средств коррекции первичных симптомов отсроченного ПТСР у военнослужащих — участников современных вооруженных конфликтов.

Статья поступила 20.12.2006

ЗНАЧЕНИЕ ТВОРЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ В. И. АЛЕКСЕЕВА ДЛЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Н. А. Орлова, СПБНИИФК

Виктор Ильич Алексеев – Заслуженный мастер спорта, Заслуженный тренер СССР, создатель знаменитой легкоатлетической школы. Начиная с Олимпийских игр 1952 года, на старт которых впервые вышли советские спортсмены, воспитанники школы Алексеева завоевали 19 олимпийских медалей (из них 9 золотых), 47 медалей разного достоинства на чемпионатах Европы и других международных соревнованиях, 360 медалей на чемпионатах и первенствах СССР, установлено 49 мировых рекордов. Виктор Ильич занимался с представителями разных видов легкой атлетики: копьеметательницей Н. Смирницкой, барьеристом А. Михайловым, дискоболом В. Трусеневым, прыгуней в высоту М. Писаревой, многоборкой И. Пресс, толкателями ядра Г. Зыбиной, Т. Тышкевич, Т. Пресс, Н. Чижовой, А. Барышниковым. В основном все соревновательные упражнения, в которых совершенствовались ученики Алексеева, были скоростно-силовыми (циклические и ациклические). Для формирования их техники и воспитания физических качеств в спортивной школе существовал большой арсенал тренировочных упражнений, выполняемых всеми спортсменами – новичками и мастерами, юными и маститыми. Они лежали в основе всех специализаций. Эта была «азбука» – необходимый багаж учеников Алексеева, как на начальном, так и на последующих этапах подготовки к спорту высших достижений.

Цель настоящей статьи – биомеханическое обоснование общеподготовительных упражнений, их универсального значения для системы физкультурного образования, в том числе для адаптивной физической культуры. В связи с этим были выбраны следующие методы исследования: анализ научно-методической литературы, электромиография, обобщение передового опыта работы легкоатлетической школы В. И. Алексеева.

Скоростно-силовая подготовка составляет основу многих видов спорта и является актуальной проблемой теории и практики физической культуры. Важность проблемы обусловлена необходимостью разрешения противоречия: максимально эффективно реализовать силовой потенциал спортсмена в ходе двигательного действия и, одновременно, выполнить движение в минимальное время, как можно быстрее. Однако достижение этой цели затруднено объективными причинами, вызванными морфологическими и функциональными особенностями опорно-двигательного аппарата. Еще Хиллом в первой половине XX века установлено, что, чем больше внешняя среда оказывает сопротивление, тем медленнее развивается сила (А. Hill, 1938). Напрашивается вывод – в быстрых движениях спортсмены не могут в полной мере реализовать свой силовой потенциал. Несмотря на объективные причины в спортивной педагогике существует стремление специалистов уменьшить противоречивые отношения между силой и скоростью сокращения мышц.

Значительная функциональная роль в формировании центральных и периферических механизмов регуляции двигательных действий человека принадлежит элементарному мышечному циклу «сокраще-

ние-расслабление». В этом взаимодействии сознательно управляется только одна его часть – сокращение; волевые стимулы определяют длительность и последовательность активной работы мышц. Расслабление – есть следствие прекращения импульсов возбуждения, оно протекает пассивно и во многом зависит от вязко-упругих свойств мышечной ткани (Жуков Е. К., 1974; Вайн А., 1993; Алтер М. Д., 2001; Орлова Н. А., 2006). Непосредственная оценка принадлежности двигательного действия к тому или иному уровню управления (по Н. А. Бернштейну) может быть отнесена только к одной половине элементарного двигательного цикла (рис.). Такую особенность двигательной активности человека необходимо учитывать при обучении и тренировке в скоростно-силовых видах спорта, особенно в ходе применения средств и методов адаптивного физического воспитания. Имеется в виду то обстоятельство, что координированные двигательные действия представляют собой систему согласования элементарных циклов активности мышц различного назначения.

В теории спортивной тренировки среди всех ско-

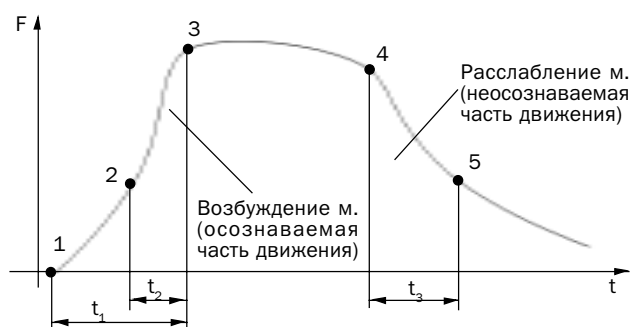


Рис. Схема структуры тетанического сокращения мышцы (по Е. К. Жукову, дополнено): 1 – расслабленное состояние м.; 2 – средний уровень возбуждения м.; 3 – максимальный уровень возбуждения м.; 4 – момент начала расслабления м.; 5 – момент полурасслабления м.;

t_1 – период возбуждения м. с момента полного ее расслабления до момента максимального возбуждения; t_2 – период возбуждения м. с момента невысокого уровня ее возбуждения до момента максимального возбуждения; t_3 – период полурасслабления м.

ростно-силовых упражнений принято выделять группу упражнений, движения которых осуществляются по баллистическому типу. К ним относятся толкание ядра, метание диска или копья в легкой атлетике, прыжки в воду, прыжки с трамплина, многооборотные прыжки в фигурном катании. В баллистических двигательных действиях начало траектории движения осуществляется за счет активного участия мышц, а часть – преодолевается по инерции, без активного применения силы мышечной тяги. Периоды высокой, максимально возможной активности мышц приходятся на ответственные фазы движения – толчка, броска, отталкивания (Лебедев В. М., 1963; Анокина Л. Г., 1974; Богданов О. В., Яковлев Н. М., Сметанкин А. А., Химич О. К., 1981; Ланка Я. Е., Шалманов Ан. А., 1982; Кулезнев В. Н., 1989; Путников А. Н., 1995; Кадыркаев Р., 2003

и др.). В связи с этим организация соревновательных упражнений должна быть направлена на то, чтобы силовой потенциал мышцы проявлялся главным образом для преодоления внешнего сопротивления — массы спортивного снаряда или веса собственного тела в наиболее сложные или ответственные фазы двигательного действия. Снижение мышечного напряжения перед основным ведущим движением, хотя бы на короткий промежуток времени, позволит максимально использовать силу мышечной тяги в финальном усилии. Если мышца перед ключевой фазой двигательного действия напряжена, то приложение силы в цикле сокращения будет меньше, так как ее работа уже начинается с определенного уровня возбуждения (рис.). Кроме того, когда мышцы предварительно, перед движением расслаблены, то легче и быстрее осуществить переход от статического положения к движению, от одной двигательной программы к другой (Орлова Н. А., 2005). При этих условиях достигается положительный эффект отдельных движений (толчка, броска, отталкивания) и, следовательно, высокий результат спортивного упражнения (прыжка, метания, бега с низкого старта).

Положение о том, что не только напряжение, но и расслабление мышцы является важным компонентом двигательного действия, необходимым условием его качественного выполнения, важно учитывать в адаптивной физической культуре у спортсменов с нарушением опорно-двигательного аппарата. Специальные исследования показали, что у многих инвалидов наблюдается значительная активность мышц, обеспечивающих движения, и их антагонистов (до 20 — 50%) при фантомных движениях (Славуцкий Я. Л., 1982). При длительном частично-сокращенном состоянии возникает аномальное состояние мышцы. Хроническое напряжение делают мышцу более слабой и неспособной амортизировать удар при различных типах движения. Неоправданное мышечное напряжение может привести к тугоподвижности (Алтер М. Д., 2001).

Теоретические выводы о закономерностях и особенностях организации скоростно-силовых упражнений, сделанные на основе изучения научной литературы и собственных экспериментальных исследований, подтверждаются практикой спорта — достижениями выдающихся тренеров, работающих с детьми и подростками. В качестве примера обратимся к опыту Виктора Ильича Алексеева.

Спортивная подготовка в его школе отличалась большим разнообразием тренировочных средств и способов их применения, используемых в легкой атлетике, акробатике, борьбе, тяжелой атлетике, — простых по форме и выполнению. Для решения задач, касающихся распределения усилий в пространстве и во времени, Виктор Ильич включал в тренировку своих воспитанников упражнения, направленные на чередование напряжения мышц с их расслаблением, на осуществление быстрого перехода от

напряжения мышц к расслаблению и наоборот. Среди них были общеподготовительные и специальные упражнения в положении стоя, сидя и особенно лежа, когда легко расслабляться и не надо одновременно обеспечивать равновесие и точность движений. Упражнения выполнялись крупными мышцами тела, требующими специальной тренировки, так как они отличались высоким силовым потенциалом и меньшим уровнем развития быстроты и координации. Например,

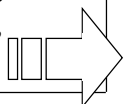
1) из основной стойки с вытянутыми вверх руками осуществлялось последовательное расслабление звеньев тела «сверху-вниз» — кисть, предплечье, плечо, корпус тела до положения приседа;

2) в положении лежа на спине выталкивание партнера ногами, который упирается грудью на согнутые ноги исполнителя;

3) в положении стоя один спортсмен бросает мяч в зону, доступную для лежащего напротив партнера (сверху над головой, справа или слева от продольной линии тела), т. е. в зону, в которой партнер может поймать мяч и сразу же перебросить его обратно.

Физическая нагрузка в тренировке регулировалась посредством изменения веса набивного мяча, скорости движений и количества повторений, иногда достигающих предельных значений. Выполнение общеподготовительных и специальных упражнений происходило не только в состоянии свежести и высокой работоспособности, но и тогда, когда наступало утомление.

В применяемых в школе Алексеева упражнениях чередуются два противоположных состояния мышцы «напряжение» и «расслабление». С точки зрения физиологии этот процесс представляет собой дифференцировку, выработку торможения (развитие усилия в определенное время и в соответствующем направлении) и осуществление перехода от возбуждения к торможению и, наоборот, от торможения к возбуждению в очень малые интервалы времени, т. е. выработку определенного свойства нервной системы — лабильности. С точки зрения биомеханики умение расслаблять и напрягать мышцы достигалось посредством сочетания положения и движений противоположного характера. Так, во втором и третьем упражнениях исходная поза «лежа» характеризуется высокой устойчивостью — низким положением центра тяжести и большой площадью опоры. Требования к поддержанию данной позы сведены до минимума, что, с одной стороны, способствует большим возможностям расслаблять мышцы, а, с другой стороны, выполнение движения из необычного положения затрудняет решение двигательной задачи, так как по новому необходимо согласовать действие силы тяжести и активных мышечных сил. Расширенные координационные возможности двигательного аппарата достигались также соблюдением необходимой точности движений (метание в цель — в руки партнеру). Разнообразие, новизна,



большая вариативность упражнения увеличивали сенсорную активность двигательного аппарата, оставляя большой след в памяти. Это главным образом обеспечивало базу (накопление опыта) для эффективного освоения (построения) новых упражнений, в том числе соревновательных.

При организации скоростно-силовых физических упражнений, когда требуется мгновенная концентрация мышечных усилий, очень важно отрегулировать механизмы начала (возникновения) возбуждения (механизм сокращения) и прекращения возбуждения (механизм расслабления), т. е. мгновенному «включению» и «выключению» мышц при работе. Сложность решения этой задачи в спортивной деятельности обусловлена рядом объективных причин. Во-первых, в спортивных двигательных действиях расслаблять мышцы, обеспечивающие движение, необходимо на фоне сокращения (возбуждения) остальных – в системе, в которой мышцы-двигатели связаны с костными рычагами, подвижно соединенными между собой, что приводит к принципиальному изменению условий осуществления движения (в отличие от одиночного сокращения), к взаимодействию мышц антагонистов, к взаимодействию мышечных сил с внешними силами – трения, тяжести, упругости. Во-вторых, трудность решения педагогических задач связана с особенностями управления скелетной мускулатурой, с низкой осознаваемостью процесса сокращения мышцы (Сеченов И. М., 1952, Бернштейн Н. А., 1947; Фарфель В. С., 1973). При освоении новых, сложных элементов двигательных действий требуется понимание смыслового значения даже тех компонентов, которые не воспринимаются сознанием человека (например, расслабление мышц). Это противоречие многие исследователи разрешают за счет приборов биологической обратной связи (аппаратурных средств), позволяющих произвольно воздействовать на бессознательные физиологические процессы, вывести информацию из уровня бессознательного на уровень сознательного (Кучкин С. Н., 1997). Однако в повседневной учебно-тренировочной деятельности не всегда предоставляется возможность использовать технические средства. Между тем метод биологической обратной связи требует не столько материальных затрат, сколько соответствующего знания преподавателями, тренерами и спортсменами.

Другими способами, делающих управление движением в ходе обучения и тренировки осознанным, являются педагогические приемы с включением сигналов различных модальностей (звуковых, световых, тактильных, проприоцептивных) без специальных электронных устройств. В спортивной школе Алексева для усиления эффекта начала сокращения мышц и его прекращения использовался звуковой сигнал. По хлопку ладонями из положения «лежа на спине» резко начать и продолжить движение до положения «угол при опоре на тазовую об-

ласть»; затем также по сигналу вернуться в исходное положение и расслабиться. В данном случае получение дополнительных афферентаций по звуковому сигналу, информирующих о своевременном выполнении задания (сократить и расслабить мышцы в нужный момент) повышает эффективность управления движением в ходе обучения. Подобные упражнения вырабатывают навыки быстрого переключения мышц из расслабленного состояния в рабочее и наоборот. При этом осуществляется непосредственное воздействие на процесс сокращения мышц и опосредованное на процесс их расслабления. Виктор Ильич учил напрягать и расслаблять мышцы в необходимый момент двигательного действия для того, чтобы использовать эти навыки в соревновательном упражнении.

Особенностью упражнений, выполняемых на полу, было и то, что они вовлекали в организацию движений кожную (тактильную) чувствительность, благодаря большой площади соприкосновения тела с опорой. Кожа снабжена многочисленными рецепторами-датчиками: давления, ускорения, перемещения. Тактильный анализатор обеспечивает многомерное восприятие внешней среды различными участками поверхности тела. Благодаря кожной чувствительности, ощупыванию предметов, мы узнаем о внешнем силовом поле гораздо больше, чем посредством остальных органов чувств. На основе этой информации человек успешно взаимодействует с предметами внешнего мира. В случае, когда спортсмен выполняет упражнения на полу, он «ощупывает» сам себя, но не пальцами рук, а всей поверхностью своего тела. В результате из многочисленных сведений, поступающих по каналам обратной связи от многих видов рецепций нашего тела, в мозгу строится нервная модель собственного тела, так называемая «схема тела» (образ, модель собственного тела), которая является необходимым условием для «построения» новых и коррекции освоенных поз и движений (Гурфинкель В. С., Левик Ю. С., 1991). И чем богаче и точнее сама модель, тем шире возможности в формировании новых движений и тем надежнее воспроизведение освоенных. Проприоцептивная, кожная, тактильная чувствительность особенно важна, если упражнение выполняется с гантелями или другими отягощениями, т. е. с привлечением большого потока проприоцептивной информации в центральную нервную систему. Активное привлечение сенсорных систем (зрительных, слуховых, тактильных, проприоцептивных) создавало предпосылки для понимания движения, создания его четкого интегрального мысленного образа и качественного управления двигательным действием.

В заключение отметим следующее. В. И. Алексеев при решении тренерских задач не занимался научными изысканиями и не отталкивался от теоретических положений. Он был практиком, и методы своей работы во многом искал интуитивно на осно-

ве опыта и наблюдений. Новинки и достижения не появлялись сами собой, они рождались в поиске и ежедневном кропотливом труде. В результате такой работы в спортивной школе накопился огромный запас знаний об общих и специальных упражнениях для бегунов, прыгунов, метателей. В этом плане обобщение передового опыта знаменитой легкоатлетической школы окажет несомненную пользу науке. Однако еще большую ценность для науки и системы образования будут представлять не только результаты, достигнутые практикой, но и новые знания, сформированные на их основе. Так, опираясь на данные смежных наук — биомеханики, физиологии, становится понятным значение и суть простых упражнений, которые использовал В. И. Алексеев в ходе общефизической подготовки.

Литература:

1. Алтер М. Д. Наука о гибкости / Пер. с англ. Г. Гончаренко. — Киев: Олимпийская литература, 2001. — 423 с.
2. Анокина Л. Г. Электромиографическое исследование работы мышц руки при различных способах отведения копы // Теория и практика физической культуры. — 1974. — № 4. — С. 19-22
3. Бернштейн Н. А. О построении движений. — М.: Медгиз, 1947. — 256 с.
4. Богданов О. В., Яковлев Н. М., Сметанкин А. А., Химич О. К. Электромиографический рисунок при выполнении имитационного упражнения «отталкивание» прыгунами на лыжах с трамплина // Теория и практика физической культуры. — 1981. — № 5. — С. 25-28
5. Вайн А. Явление передачи механического напряжения в скелетной мышце: Дис... докт. биол. наук в форме науч. докл. — Тарту, 1993. — 76 с.
6. Гурфинкель В. С., Левик Ю. С. Концепция схемы тела и моторный контроль // Интеллектуальные процессы и их моделирование. Организация движения. — М.: Наука, 1991. — С. 59-105
7. Жуков Е. К. Развитие сократительной функции мышц двигательного аппарата. — Л.: Наука, 1974. — 338 с.
8. Кадыркаев Р. А. Биомеханическая характеристика прыжковых упражнений фигуристов: Дисс... канд. пед. наук, СПб., 2003. — 111 с.
9. Кулезнев В. Н. Техническая подготовка высококвалифицированных легкоатлетов-метателей на основе оптимизации структуры специальных упражнений: Дисс... канд. пед. наук. — Л., 1989. — 173 с.
10. Кучкин С. Н. Биоуправление в медицине и физической культуре // Теория и практика физической культуры. — 1997. — № 10. — С. 41-44
11. Ланка Я. Е., Шалманов А. А. Биомеханика толкания ядра. — М.: Физкультура и спорт, 1982. — 73 с.
12. Лебедев В. М. Электрофизиологические исследования сложного произвольного движения (на примере толкания ядра): Автореф. дисс... канд. биол. наук. — Минск, 1963. — 32 с.
13. Орлова Н. А. Время реакции как показатель координационной сложности физического упражнения // Теория и практика физической культуры. — 2005. — № 3. — С. 54-58
14. Орлова Н. А. Особенности управления скоростно-силовыми баллистическими двигательными действиями // Проблемы подготовки спортсменов в коньковых видах спорта / Сб. науч. тр. под ред. В. А. Апарина, И. М. Козлова; СПбГУФК им. П. Ф. Лесгафта. — СПб, 2006. — С. 22-28
15. Путьников А. Н. Скоростно-силовая подготовка прыгунов тройным с использованием упражнений на тренажерных устройствах: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. — СПб., 1995. — 23 с.
16. Сеченов И. М. Избранные произведения. Физиология и психология. — Т. I. — М.: АН СССР, 1952. — 762 с.
17. Славущий Я. Л. Физиологические аспекты биоэлектрического управления протезами. — М.: Медицина, 1982. — 288 с.
18. Фарфель В. С. О взаимодействии афферентных систем двигательного аппарата при сознательном управлении силой мышц // Сенсомоторика и двигательный навык в спорте. — Л.: ГДОИФК, 1973. — С. 41-57
19. Hill A. V. The head of shortening and the dynamic constants of muscle // Proc. Roy Soc., 1938. — V. 126. — P. 136

Статья поступила 27.11.2006

ЕДИНСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ

Т. А. Зайцева, директор МОУ «Центр ПМПР», г. Ухта, Республика Коми

В городе Ухта в соответствии с президентской программой «Дети России» при поддержке Министерства образования РФ, Республики Коми и городской администрации 27 сентября 2004 года на базе муниципального специального учебно-воспитательного учреждения для детей и подростков с девиантным поведением учрежден «Центр психолого-медико-педагогической реабилитации детей, злоупотребляющих психоактивными веществами, и коррекции девиантного поведения». Центр создан и работает в рамках Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту». Это единственное подобным учреждением в республике.

В Центре по решению Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, и с согласия родителей проходят реабилитацию 60 детей и подростков в возрасте от восьми до восемнадцати лет, учащиеся 2 – 9 классов. Все они генетически предрасположены к злоупотреблению алкоголем, табакокурению, склонны к немотивированной агрессии, поведенческим отклонениям. 70% воспитанников имеют раннюю мозговую органическую патологию различного происхождения. У них нарушена регуляция состояния эмоциональной сферы, обычный диагноз – минимальная мозговая дисфункция, синдромом гиперактивности.

Для работы с воспитанниками используется весь спектр возможностей реабилитационного учреждения. Педагогами-психологами, воспитателями, учителями, врачами Центра составлена программа реабилитации. Все пациенты прошли назначенный курс, а также противорецидивное лечение от злоупотребления ПАВ.

За два года специалистами Центра разработаны и внедрены образовательные программы, включающие элементы коррекционно-развивающего обучения и здоровьесберегающих технологий. С октября 2005 года внедрена в работу анτισресовая компьютерная программа на мышечную релаксацию «Экватор». Проведено 240 сеансов, для учащихся 2 — 7 классов. Программа дает хорошие результаты в обучении снятию мышечных зажимов, в смягчении аффективных реакций. С марта 2006 года апробируется программа «Волна». Она проста и эффективна, учит правильно дышать и способствует достижению состояния расслабления. Как средство психологической поддержки широко применяется релаксационная кушетка «Гармония» с программами «Орион» и «Фот-Стрим» (350 сеансов). Её использование способствовало успешной сдаче выпускных экзаменов учащимися 9-го класса.

Учителя, воспитатели, психологи отмечают положительное влияние на воспитанников элементов коррекционно-развивающего обучения, внедрения в учебный процесс здоровьесберегающих технологий, дифференцированных психологических программ: снижается степень агрессивности, улучшается сон, повышается работоспособность, уменьшается процент рецидивов по алкоголю.

Центр является экспериментальной площадкой для внедрения новых технологий по работе с детьми и подростками девиантного поведения. На его базе для проведения целевых акций, организации тематических семинаров открыт методический центр по разработке и внедрению антинаркотических программ. На сегодняшний день разработаны и предложены для использования в практической работе на городских образовательных учреждениях: ролевые игры; тренинги; памятки для работы с детьми девиантного поведения; методические разработки по концентрации внимания, снятия аффекта; компьютерные программы и т. д.

На базе Центра проводятся обучающие семинары, консультации по освоению компьютерных программ, консультации для учащихся и их родителей; создана сеть внеурочной, воспитательной, досуговой деятельности: спортивные секции, изостудия, музыкальный ансамбль, кружки.

Профилактическая работа в Центре осуществляется в соответствии с Концепцией профилактики злоупотребления психоактивными веществами в образовательной среде. Профилактические действия проводятся в рамках вторичной и третичной профилактики, целью которой является сокращение продолжительности воздействия ПАВ, предотвращение рецидивов, восстановление личностного и социального статуса учащихся.

Статья поступила 30. 11. 2006

Вопросы профилактики травматизма во время занятий физической культурой

Л. В. Шарова, Т. В. Абызова,
Пермский государственный
технический университет

Риск получения травм присутствует во всех сферах жизнедеятельности человека, в том числе и на занятиях адаптивной физической культурой (АФК). Человек при травмах неизбежно получает повреждения различной степени тяжести, вплоть до смертельного исхода, но, тем не менее, неоправданные потери недопустимы.

Очевиден тот факт, что при несчастном случае на месте происшествия пострадавший остается наедине с «проблемой», так как до прибытия медицинских работников адекватная помощь ему не проводится, прежде всего, из-за отсутствия грамотности преподавателя в вопросах владения элементарными приемами оказания первой медицинской помощи (ПМП).

Например, неумение оказывать первую помощь пострадавшему может повлечь за собой тяжелые последствия при таких распространенных проблемах, как кровотечение из носа, состояния связанные с потерей сознания (при перегревании, переутомлении и пр.)

В процессе занятий АФК повреждающие здоровье ситуации должны быть сведены до минимума.

Сложность организации обучения ПМП требует приобретения соответствующих знаний на базе биологии, физиологии, психологии, коррекционной педагогики, физической культуры, где, как правило, не предусмотрены программой часы по ПМП.

Отсутствие целостного подхода содержания и организации теоретических знаний и практических навыков в вопросах ПМП для специалистов по адаптивной физической культуре подчеркивают актуальность наших исследований.

Цель исследования:

Оценить уровень знаний в вопросах оказания ПМП при травмах и других неотложных состояниях у преподавателей и студентов кафедр физической культуры г. Перми

Задачи:

1. Определить, являются ли знания и умения по оказанию ПМП при травмах и других неотложных состояниях предметом интереса студентов и преподавателей.

2. Проанализировать степень грамотности студентов и преподавателей физической культуры в вопросах оказания ПМП при травмах и других неотложных состояниях.

3. Изучить актуальность знаний и умений по оказанию первой помощи пострадавшему при несчастных случаях на занятиях физической культурой и спортом (по результатам анализа обращаемости за медицинской помощью по поводу травм и неотложных состояний во время проведения занятий физической и адаптивной физической культуры).

Методы исследования:

1. Анкетирование.
2. Тестирование.
3. Анализ обращений за медицинской помощью при травмах и других неотложных состояниях студентами и преподавателями.
4. Анализ научно-методической литературы.

Исследование проводилось с 2005г. по 2006 г. включительно на базе Пермского государственного технического университета (ПГТУ) и Пермского государственного педагогического университета (ПГПУ).

В исследовании участвовали студенты 4-го курса, факультета физического воспитания ПГПУ (50 человек) и преподаватели кафедры физической культуры ПГТУ(50 человек).

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенные исследования, на наш взгляд, в определенной мере смогут указать не только на чисто предметную значимость обучения оказанию ПМП, но и на ту роль, которую оно играет в процессе воспитания человека и гражданина.

С помощью анкетирования получена информация об ориентированности и самооценке опрошенных в изучаемом вопросе, а также их личное мнение о необходимости получения расширенных знаний по оказанию первой помощи пострадавшему при различных неотложных состояниях (таб. 1).

Анкета

Таблица 1

Вопросы	Ответы
1. Знаете ли Вы, кому, и с какой целью проводится оказание первой медицинской помощи?	Да Нет
2. Считаете ли Вы, что каждый человек должен иметь знания и практические навыки по оказанию первой медицинской помощи при травмах и других неотложных состояниях?	Да Нет Затрудняюсь в ответе
3. Обладаете ли Вы необходимыми знаниями и умениями для оказания первой медицинской помощи?	Да Нет Только при некоторых травмах
4. Приходилось ли Вам оказывать первую медицинскую помощь пострадавшему?	Да Нет
5. Обучались ли Вы оказанию первой медицинской помощи?	Да Нет
6. Как Вы считаете, нужно ли обучение оказанию первой медицинской помощи выделить в самостоятельную дисциплину?	Да Нет Необязательно

Анализ результатов анкетирования показал:

— все опрошенные считают важным уметь оказывать первую помощь пострадавшему при травмах;

— 80% студентов и 67% преподавателей считают, что обладают необходимыми для оказания первой помощи пострадавшему знаниями и навыками;

— 50% студентов и 61% преподавателей полагают, что необходимо более глубокое изучение дисциплины, с выделением ее в самостоятельный курс;

— 78% преподавателей указали на свое участие в оказании первой помощи пострадавшим во время тренировок, спортивных игр и занятий физической культурой (в то время как студенты подобного опыта не имели, а их заявления об умении оказывать первую помощь пострадавшему при травмах, основаны на уверенности в использова-

нии знаний полученных во время учебы).

Для выяснения фактического уровня грамотности у вышеуказанных преподавателей и студентов в изучаемой области нами были использованы тесты для проверки знаний «Оказание первой помощи пострадавшим при несчастных случаях» [3], таб. 2, где включены вопросы, дающие воз-

можность оценить:

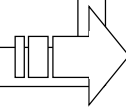
— умение распознавать опасные для жизни пострадавшего состояния и различные виды травм по их основным признакам;

— знание элементарных приемов оказания первой помощи пострадавшему при различных повреждениях.

Таблица 2

Тесты для проверки знаний «Оказание первой помощи пострадавшим при несчастных случаях»

№ Вопросы	Варианты ответов
1. Укажите признаки потери сознания, при сохранении остальных жизненно важных функций:	А Нет пульса на сонной артерии. Б Не реагирует на оклик и торможение. В Нет шевелится. Г Не дышит.
2. Что может послужить причиной смерти пострадавшего, при потере сознания?	А Отсутствие контакта с окружающими. Б Удушье, вызванное западением корня языка. В Попадание рвотных масс и/или крови в верхние дыхательные пути.
3. Какое положение тела, необходимо придать пострадавшему без сознания, чтобы предупредить его удушье?	А Лежа на животе. Б Лежа на спине, согнутыми в коленях ногами. В Полусидя. Г На боку, в устойчивом боковом положении.
4. Первая помощь при потере сознания заключается в следующем:	А Усадить, тепло укрыть, поднести к носу ватку с раствором аммиака. Б Уложить на живот и поднести к носу ватку с раствором аммиака. В Уложить на спину, обеспечить приток свежего воздуха и проходимость дыхательных путей, поднести к носу ватку с раствором аммиака.
5. Первая помощь при ушибах мягких тканей:	А Наложить давящую повязку, приложить холод, покой. Б Дать принять обезболивающего и наложить на место ушиба компресс.
6. При кровотечении из носа нужно...	А Запрокинуть голову и приложить к носу холод. Б При вертикальном положении головы, плотно зажать крылья носа и приложить к нему холод. В Наклониться вперед, зажать крылья носа и приложить к нему холод.
7. Наибольшая кровопотеря происходит при закрытой травме...	А Предплечья. Б Плеча. В Кисти.
8. При глубоком ранении какой части ноги, будет большая потеря крови...	А Голени. Б Бедрa. В Стопы.
9. При артериальном кровотечении из шеи проводится временная остановка кровотечения, используя следующие средства:	А Жгут для остановки артериального кровотечения. Б Давящая повязка. В Круговое бинтование шеи стерильным бинтом.
10. При ранении мягких тканей затылочной области головы кровотечение останавливается при помощи...	А Жгута. Б Тугой повязки. В Давящей повязки. Г Нет необходимости в остановке кровотечения (само быстро остановится).
11. При травме головы наблюдается истечение крови из ушей и носа. Какой степени тяжести состояние пострадавшего?	А Легкое. Б Средней степени. В Тяжелое.
12. Какое мероприятие при оказании первой медицинской помощи при ранениях является первоочередным?	А Обезболивание. Б Обработка краев раны. В Остановка кровотечения. Г Иммобилизация конечности. Д Наложение асептической повязки.
13. Какие мероприятия при оказании первой помощи направлены на снижение притока крови к травмированному участку?	А Приложение холода к месту травмы. Б Согревание места травмы. В Придание травмированному участку возвышенного положения. Г Использование обезболивающих медикаментозных средств. Д Создание покоя травмированному участку (иммобилизация).
14. При травме одного глаза повязка накладывается...	А На травмированный глаз. Б На оба глаза. В Нет необходимости в повязке.
15. Какое мероприятие в оказании первой медицинской помощи при термических ожогах является первоочередным?	А Сухая стерильная повязка на место ожога. Б Полный покой пораженному участку тела. В Обезболивание. Г Охлаждение пораженной поверхности. Д Щелочное питье.
16. Какая повязка используется при венозном кровотечении в случаях ранений различной локализации?	А Косыночная. Б Давящая. В Тугая. Г Иммобилизирующая.



17. Место наложения жгута при артериальном кровотечении, в связи с ранением в области нижней трети плеча	<p>А Чуть отступя выше места ранения. Б На среднюю треть плеча. В На верхнюю треть плеча.</p>
18. Место наложения жгута при артериальном кровотечении, в связи с ранением в области нижней трети предплечья	<p>А На предплечье, отступя выше места ранения. Б На среднюю треть плеча. В На верхнюю треть плеча.</p>
19. При каком закрытом переломе костей бывает наибольшая кровопотеря?	<p>А Плеча Б Бедрa В Таза</p>
20. При переломе бедра проводится иммобилизация...	<p>А Коленного и тазобедренного суставов. Б Голеностопного, коленного и тазобедренного суставов. В Иммобилизация не проводится.</p>
21. С какого мероприятия начинается оказание первой медицинской помощи при открытом переломе костей конечностей?	<p>А Иммобилизация конечности. Б Придать конечности возвышенное положение. В Остановка кровотечения. Г Обезболивание.</p>
22. Какие характерные признаки присущи закрытым переломам конечностей?	<p>А Значительная припухлость. Б Резкая, ограниченная (четко локализованная) боль. В Резкая, разлитая боль. Г Патологическая подвижность в области повреждения. Д Хруст (крепитация) в области травмы.</p>
23. При какой площади поражения кожи ожогом наступает ожоговый шок?	<p>А > 1% Б до 10% В > 20%</p>
24. Для второй степени ожога характерно...	<p>А Отсутствие болезненных ощущений. Б Наличие пузырей, наполненных светлым содержимым. В Некроз тканей на месте ожога.</p>
25. Запрещается при термических ожогах...	<p>А Вскрывать пузыри. Б Охлаждать место ожога. В Смазывать пораженную поверхность жиром или маслом.</p>
26. Какая последовательность действий при оказании первой помощи при ожогах пламенем является правильной?	<p>А Обезболивание, охлаждение, повязка, вынос из очага. Б Повязка, обезболивание, вынос из очага, охлаждение. В Вынос из очага, охлаждение, повязка, обезболивание.</p>
27. Для возмещения потерь жидкости при ожогах на 0,5 литра воды, добавляют...	<p>А 1 чайную ложку соли и 0,5 чайной ложки питьевой соды. Б 0,5 чайной ложки соли и 1 чайную ложку питьевой соды. В 1 чайную ложку соли и 1 чайную ложку питьевой соды.</p>
28. Исходя из какого расчета, проводится возмещение потери жидкости, пострадавшему от ожогов...	<p>А Не менее 3-х литров. Б Не менее 1 литра на 9% ожога. В Не менее 200 мл на «ладонь». Г Сколько сможет выпить пострадавший.</p>
29. Признак «Кошачий зрачок» у пострадавшего указывает на...	<p>А Клиническую смерть. Б Шок. В Биологическую смерть.</p>
30. Отсутствие сердцебиения у пострадавшего в первые минуты после электротравмы указывает на...	<p>А Кому. Б Клиническую смерть. В Биологическую смерть.</p>
31. Какова продолжительность клинической смерти?	<p>А 1 — 2 минуты. Б 5 — 7 минут. В до 30 минут.</p>
32. С какого мероприятия начинается оказание первой помощи при отсутствии видимого дыхания и пульса на сонной артерии?	<p>А Срочная транспортировка в медицинское учреждение. Б Сердечно-легочная реанимация. В Придание устойчивого бокового положения.</p>
33. Какое соотношение вдуваний воздуха (вдохов) и массажных толчков при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому человеку одним и двумя спасателями?	<p>А 1:5 Б 2:10 В 1:15 Г 2:15</p>
34. Где находится точка приложения рук «спасателя» при проведении непрямого массажа сердца взрослому человеку?	<p>А На один палец выше мечевидного отростка. Б На палец ниже уровня сосковой линии. В На 2 пальца выше уровня мечевидного отростка. Г На средней трети грудины.</p>
35. По какому признаку можно судить о правильности проведенного вдоха при проведении искусственной вентиляции легких пострадавшему?	<p>А Сужаются зрачки. Б Приподнимается грудная клетка на вдохе. В Определяется пульс на сонной артерии.</p>
36. В каких случаях нельзя давать пить пострадавшему?	<p>А Если есть подозрение на травму живота. Б При обширных ожогах. В Перелом костей нижних конечностей. Г При потере сознания. Д При травме головы.</p>
37. В каком положении транспортируется пострадавший с травмой живота?	<p>А На боку, в устойчивом боковом положении. Б На спине, с согнутыми и слегка подтянутыми к животу коленями. В Полусидя.</p>
38. Как осуществляется транспортировка пострадавшего при подозрении на травму позвоночника?	<p>А В устойчивом боковом положении. Б Полусидя. В Лежа на спине, на жесткой поверхности (щите).</p>
39. Какое положение тела нужно придать пострадавшему при травме груди?	<p>А Лежа на животе. Б Лежа на спине, согнутыми в коленях ногами. В Полусидя.</p>
40. В каком положении транспортируется пострадавший при травме таза?	<p>А На животе. Б На боку. В На спине в позе «лягушки».</p>

Варианты правильных ответов: 1 – Б; 2 – Б, В; 3 – Г; 4 – В; 5 – А; 6 – Б; 7 – Б; 8 – Б; 9 – Б; 10 – В; 11 – В; 12 – В; 13 – А, В, Д; 14 – Б; 15 – Г; 16 – Б; 17 – В; 18 – В; 19 – В; 20 – Б; 21 – В, 22 – А, Б, Г, Д; 23 – В; 24 – Б; 25 – А, В; 26 – В; 27 – А; 28 – Б, В; 29 – В; 30 – Б; 31 – Б; 32 – Б; 33 – Г; 34 – В; 35 – Б; 36 – А, Г, Д; 37 – Б; 38 – В; 39 – В; 40 – В.

В качестве критерия оценки знаний нами были установлены условные показатели: более 70% правильных ответов – удовлетворительный, менее 70% – неудовлетворительный результат.

Полагаем, что ответ на поставленный вопрос должен быть однозначным – пострадавшему помощь оказана или не оказана, так как недопустимо проводить мероприятия первой помощи при определенных поражениях не совсем полно или не достаточно качественно.

Результаты проведенного нами тестирования уровня знаний по оказанию первой помощи при травмах таковы: студенты ПГПУ (n = 50) – все 100% оценка «неудовлетворительно», преподаватели ПГТУ (n = 50) – 17% «удовлетворительно» и 83% «неудовлетворительно».

В свою очередь все опрошенные по одному из вопросов анкеты были поделены на две группы: первая – считающие необходимым расширенное изучение первой помощи пострадавшим при несчастных случаях и вторая – считающие, что нет необходимости уделять дополнительное время изучению данного предмета.

В результате исследования выявлен такой факт:

– все студенты, вошедшие как в первую, так и во вторую группы имели неудовлетворительные результаты тестирования, с оценкой менее 50%;

– все преподаватели, имеющие удовлетворительные результаты тестирования вошли в первую группу, все остальные протестированные с неудовлетворительным результатом в большинстве своем составили вторую группу.

Вместе с тем отмечено, что большинство правильных ответов во всех исследуемых группах носили лишь тематический характер, касающийся только вопросов основ сердечно-легочной реанимации и состояний, связанных с потерей сознания. В то же время результаты тестов показали низкий уровень знаний анатомии и физиологии человека.

Анализ обращений студентов за медицинской помощью по поводу травм, за период с 2003 по 2005 г., проведенный нами по данным журналов регистрации амбулаторных больных здравпунктов ПГТУ, форма № 074 / У показал:

– травмы, полученные студентами вуза на занятиях физической культуры, составили: 2003 г. – 25%, 2004 – 32%, 2005 – 33,2% от общего количества обращений по поводу травм;

– в структуре повреждений, происходящие на уроках физкультуры за исследуемый период трав-

мы конечностей в среднем составили 90%;

– травмы конечностей в большинстве своем представлены ушибами мягких тканей, растяжениями мышц бедра и связок голеностопного сустава, а так же резанными и ушибленными ранами кисти и локтя в равных пропорциях;

– среди причин, полученных травм первое место занимают падения, второе место – удары по конечностям во время подвижных игр.

Заключение

Образование в области оказания ПМП пострадавшим при травмах и других неотложных состояниях является важнейшей мерой сохранения и поддержания здоровья населения на достойном уровне.

Согласно результатам анкетирования, знания и умения по оказанию ПМП, по мнению преподавателей и студентов, необходимы выпускнику вуза и являются значимыми в сфере физической подготовки особенно специалистов по адаптивной физической культуре, занимающихся с лицами с отклонениями в состоянии здоровья.

Уровень грамотности в исследуемых группах, выявленный по результатам тестирования указывает на необходимость введения качественно нового уровня обучения студентов как АФК, так и физической культуры. Для этого требуется ввести дополнительные часы по ПМП для овладения теоретическими знаниями и практическими навыками не менее 36 часов.

Использование тестов для оценки знаний необходимо рассматривать как неотъемлемый элемент, используемый при обучении данной дисциплине.

Организация обучения приемам ПМП должна строиться на основе знаний анатомии и физиологии человека специалистами; по программам, позволяющим качественно и количественно обеспечить необходимый уровень восприятия и усвоения материала учащимися.

Литература

1. Абызова Т. В. Оказание первой помощи пострадавшим при несчастных случаях на производстве. / Т. В. Абызова, В. А. Черкасов, М. П. Латышев, Г. З. Файнбург, И. П. Корюкина // Министерство образования РФ. Министерство здравоохранения РФ. Федеральное агентство по образованию, ПГТУ, 2003. – 150 с.

2. Абызова Т. В. Охрана труда: В 4-х частях. Часть 4: Социальная защита пострадавших на производстве. / Г. З. Файнбург, И. П. Корюкина, Т. В. Абызова // Учебное пособие для специалистов и руководителей служб охраны труда организаций. Минздравсоцразвития России. – М., 2005. – С. 186-288.

3. Свидетельство на интеллектуальный продукт 73200500224 РФ. Тесты для проверки знаний «Оказание первой помощи пострадавшим при несчастных случаях на производстве» / Т. В. Абызова. - Зарегистрировано ФГУП «ВНТИЦ», 26 сентября 2005 г.

4. Свидетельство на интеллектуальный продукт 73200500274 РФ. Программа «Оказание первой помощи пострадавшим при несчастных случаях на производстве» / Т. В. Абызова. - Зарегистрировано ФГУП «ВНТИЦ», 27 декабря 2005 г.

5. Свидетельство на интеллектуальный продукт 73200500253 РФ. Программа спортивной направленности, социально-психологического развития и реализации творческого потенциала ребенка в системе летнего оздоровительного отдыха / Л. В. Шарова, М. Н. Исаков, С. Б. Лыткина. – ФГУП «ВНТИЦ», 28 октября 2005 г.

Психологическое сопровождение адаптации студентов – будущих специалистов по адаптивной физической культуре

**Л. Г. Чернышева,
Дальневосточный государственный гуманитарный университет**

Профессиональное становление личности на всех этапах формирования специалиста всегда было актуально и вызывало неослабевающий научный интерес (Бордовская Н. В., Кулюткин Ю. Н., Кузьмина Н. В., Маркова А. К., Митина Л. М., Пряжников Н. С., Реан А. А., Решетова З. А., Спичак С. Ф., Сухобская Г. С., Шавир П. А., Эткинд А. М. и др.). Оно имеет богатое научное содержание, связанное как с разнообразием профессий, так и субъектным носителем их практической актуализации. Последнее представляется наиболее сложным процессом, поскольку опирается на психологию индивидуальных различий и одаренность.

От того насколько адекватно проявляются свойства личности в тех или иных условиях деятельности и отвечают предъявленным требованиям, зависит возможность быстрого ее освоения и в конечном итоге профессиональное мастерство.

Профессиональное становление студентов – будущих специалистов адаптивной физической культуры происходит на фоне противоречий. Первое из них касается того, что поступающие на факультет физического воспитания часто наивно полагают, что будущие педагоги в большей степени должны быть физически развитыми. Их понимание людей, с которыми они будут работать, совсем не обязательно или вторично. Второе противоречие касается того, что абитуриенты больше внимания обращают на свои достижения в спорте. Психологическая готовность служить людям с ограниченными возможностями отходит на задний план или они о ней и не знают. Наконец, третье противоречие появляется как психологический барьер, мешающий овладеть специальностью. Как показывают многие исследования и наши собственные, в личности будущих педагогов по физической культуре имеются такие черты, которые, если их не корректировать на начальных этапах обучения в вузе, могут привести молодого специалиста к профнепригодности. Способен ли педагог, работающий с людьми, у которых имеется отклонение в состоянии здоровья, наладить с ними контакт, убедить их в необходимости выполнять все предписания, если сам полон пессимизма и дезадаптирован? Конечно, нет.

Поэтому вопрос о психологическом сопровождении адаптации студентов, обучающихся по специальности адаптивная физическая культура, становится особенно значимым.

Адаптация рассматривается нами как процесс преодоления особой ситуации, требующей вмешательства в нее со стороны преподавателей, руководства образовательного учреждения с целью создания благоприятной для субъекта адаптации обстановки. Для этого нами предлагается научно-обоснованная система средств психологического сопровождения студентов – будущих специалистов по адаптивной физической культуре.

Под психологическим сопровождением будем понимать создание специальных педагогических условий, способствующих возникновению психических новообразований, необходимых будущему специалисту, которые при необходимости, если они не соответствуют профессиональной деятельности, можно корректировать. Психологическое сопровождение может охватывать различные этапы освоения профессиональной деятельности: вхождение в профессию и адаптация к процессу профессионального обучения; стабилизация в профессиональном обучении; освоение необходимых профессиональных навыков и умений и начало самостоятельной работы; стабилизация профессиональной деятельности при появившихся успехах в помощи инвалидам; кристаллизация профессиональной деятельности (многократные достижения в области адаптивной физической культуры) и появление профессионального выгорания (усталость, нежелание продолжать коррекцию и абилитацию людей с ограниченными физическими возможностями), завершение профессиональной карьеры или ее продолжение.

Психологическое сопровождение основывается на главных принципах (основополагающих правилах):

1. принцип системности, или системно-уровневый подход к психологическому сопровождению. Это значит, что психологическое сопровождение следует понимать целостно, поскольку любое воздействие, оказанное специалистом на студента в процессе адаптации, влияет не на одну какую-то нарушенную функцию, но на личность в целом;
2. субъект-субъектность, или принцип общения. Это означает, что только благодаря совместной деятельности преподавателя со студентами (преподавателя со студентом) можно преодолеть трудности адаптации. Контакт позволяет создавать общее коммуникативное пространство, где взаимодействуют две равноправные стороны – студент как субъект адаптации или дезадаптации и преподаватель-психолог, причем горизонтально;
3. принцип позитивного развития студента, нуждающегося в психологическом сопровождении или психологической помощи. Сущность этого принципа в том, что психологическое сопровождение нацелено на то, чтобы изменить что-то в человеке. Как показали наши исследования, первокурсники особенно тяжело переживают новые формы учебной деятельности, отрыв от дома, не умеют сдавать экзамены. Поэтому любое воздействие, оказываемое на студента, должно быть оптимистично и положительно;
4. принцип выносливости. Он позволяет преподавателю-психологу поддержать студента, учит его терпению в процессе преодоления трудностей и формирует устойчивость при восприятии страданий человека с ограниченными физическими возможностями. Реализация этого принципа необходима на этапе первоначальной адаптации.
5. принцип безопасности и надежности. Он заключается в том, что преподаватель должен принимать все проблемы студентов-дезадаптантов. Оказывающий помощь действует по правилу «не навреди», то есть соблюдает такт.

В настоящей работе рассматривается первый этап освоения профессиональной деятельности – вхождение в профессию и адаптация студентов к процессу обучения профессии специалиста по адаптивной физической культуре.

Цель работы – выявление специфики психологического сопровождения студентов как будущих специалистов по адаптивной физической культуре.

Объектом исследования были студенты 1, 3, 5 курсов факультета физического воспитания Дальневосточного государственного гуманитарного университета, а предметом – психологические характеристики, субъективные и объективные факторы становления педагогов по адаптивной физической культуре.

Гипотеза исследования заключалась в том, что психологическое сопровождение будущих педагогов адаптивной физической культуры на каждом этапе профессионального становления имеет разное содержание. На этапе вхождения в профессию и адаптации к про-

фессиональному обучению необходима помощь в первоначальном профессиональном самоопределении, чему способствует профессиональная направленность студентов будущих специалистов адаптивной физической культуры, обучающихся в вузе.

В исследовании приняло участие более 1200 студентов 1 – 5 курсов обучавшихся в 2001 – 2006 учебных годах в Дальневосточном государственном гуманитарном университете (ДВГУ).

Используемые **методы исследования**: наблюдение, беседы с преподавателями и студентами о трудностях обучения, анкеты, личностные тесты, в том числе проективный тест «Неоконченные предложения», формирующий эксперимент, методы статистической обра-

ботки и др. Все испытуемые были разделены на две группы – контрольную и экспериментальную. Соответственно, в экспериментальной предлагались различные виды помощи, составлялись карты психологического развития при овладении профессией, со студентами работал психолог, психотерапевт, врач, тренер. На контрольную и экспериментальную группы студенты-первокурсники распределялись в течение сентября. Отбор осуществлялся в алфавитном порядке.

Результаты исследования

Покажем некоторые данные, свидетельствующие об адаптации будущих педагогов АФК. Обратимся к представлениям студентов I курса об учебно-воспитательном процессе на факультете физической культуры в первой декаде сентября.

Как показывают данные, для многих первокурсников факультета физической культуры выбор будущей специальности – осознанный акт. Несмотря на понимание трудностей, около 40% выразили желание получить профессию педагога по адаптивной физической культуре, а пятая часть опрошенных полагали, что их будущая деятельность способствует оздоровлению нации. Однако обратим внимание на трудности их обучения и проживания. Они состоят в низкой адаптации к системе обучения в высшем учебном заведении, в частности, трудности восприятия лекций, неумении готовиться к семинарским занятиям, сложности понимания некоторых дисциплин, например, анатомии и физиологии, предметов гуманитарного цикла. И все же некоторые студенты не имели четкого представления о специальности адаптивная физическая культура и месте ее использования.

Все испытываемые первокурсниками трудности можно разделить на три типа:

1. Учебные:

- учебное несоответствие представлений о будущей профессии и ее реального содержания, что можно отнести к недостаткам профессиональной ориентации;
- мотивом поступления на факультет является чаще всего совершенствование спортивного мастерства, а не профессионально-педагогические особенности сферы адаптивной физической культуры;
- резкая смена содержания, объема информации и способов ее преподнесения;

Таблица 1
Представления студентов-первокурсников об обучении в вузе (n = 400 от общей выборки)

Предложение	Варианты ответов (колво студентов в %)
Мой выбор факультета обусловлен тем, что...	Есть возможность тренироваться, нравится спорт, спорт — мое будущее (67). Хочу быть учителем ФК или тренером (22). Факультет мне кажется престижным (11).
Я думаю, что профессия специалист по адаптивной физической культуре...	Ответственная работа, важная в современном обществе, для становления здоровой нации (65). Энергичная и интересная (22). Трудная; на данный момент непрестижная (11). Способствует развитию моей личности и командного голоса (2).
Профессия педагога по адаптивной физической культуре требует...	Много умений, знаний, способностей (36). Ответственности и любви к несчастным людям, внимания (28,5). Хорошей спортивной подготовки (17,5). Моральных и физических усилий, крепкой нервной системы и выдержки, крепкого здоровья (18).
Учеба на факультете кажется мне...	Интересной, увлекательной (72). Трудной, так как нужно быть спортивным и милосердным, много тренироваться (20,5). Важной для здорового будущего людей с недостатками (7,5).

Больше всего меня в учебном процессе привлекает...	Спортивные занятия (83). Квалифицированные преподаватели (11). Общение с друзьями (6).
Больше всего мне не нравится...	Раннее начало занятий (11,5). Лекции и семинары (8 и 9). «Окна» в расписании (3,5). Некоторые преподаватели (3,5). Все нравится (65).
Наибольшее затруднение в учебном процессе вызывают...	Необходимость носить спортивную форму (2,5). Семинары (8). Лекции, трудность их конспектирования (6). Гуманитарные предметы (6). Трудности в заучивании материала (3,5). Продолжительные часы занятий (2,5). Конкретные предметы (анатомия, физиология и др.) (6,5). Нет трудностей (55).
Наибольшее удовлетворение в учебном процессе вызывают...	Общение с друзьями, учебная группа (75). Спортивные занятия (22). Взаимоотношения с преподавателями (3).
Занятия по курсу специализации для меня...	Основное занятие (11,5). Большая затрата сил и энергии (5,5). Учебно-тренировочные занятия (1). Любимые занятия (83).
Мои трудности в процессе прохождения курса «Профессиональное физкультурно-спортивное совершенствование» (ПФСС)	Усталость от многих лет тренировок (6,5). Материальные проблемы (6,5). Отсутствие экипировки (4,5). Нет возможности хорошо питаться (13). Без трудностей (69,5).
Проживание в общежитии...	Нравится, лучшая пора (69,5). Плохие условия (12). Вызывает раздражение, так как не соблюдается режим (18,5).

– разнообразие форм обучения в отличие от школьного урока;

– научный язык преподавания, к которому первокурсник не готов;

– увеличение доли самоконтроля в учебной деятельности и необходимость учебных умений, которые не выработаны, например, на семинарских занятиях;

– значительное увеличение объема двигательной активности, предусмотренное Государственным стандартом, то есть 8 – 10 часов специальных дисциплин в неделю и необходимость повышения спортивного мастерства по курсу «Профессиональное физкультурно-спортивное самосовершенствование» во второй половине дня;

– многократный переход в течение дня от одного вида активности (познавательной) к другой (двигательной) требует подвижности нервной системы, что у первокурсников еще не выработано.

2. Социально-психологические:

– кардинальная перестройка сложившихся привычек и навыков, образа жизни, перемена места жительства, изменение климатических условий, новая социальная среда; переход к самостоятельной взрослой жизни, необходимость самообслуживания, необходимость зарабатывать деньги для оплаты обучения и проживания;

– смена домашнего привычного комфорта на общение со своими правилами и традициями;

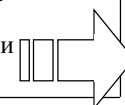
– редкая возможность видеться с родителями;

– вхождение в новый круг общения, острая необходимость самоутверждения и поддержки в новых жизненных условиях;

– отсутствие информации о людях-инвалидах, их спортивных достижениях и полноценной жизнедеятельности.

3. Трудности укрепления профессионального самоопределения и профессионального самосознания:

– отсутствие уверенности в правильности



профессионального выбора, вызванные неверно сформированными представлениями о профессии или завышенной самооценкой до поступления в вуз;

— неопределенность перспективы профессионального роста в современных условиях (непрестижность профессии, необходимость служить в армии после окончания вуза, низкая заработная плата и т. п.).

Среди исследователей нет единого мнения относительно сроков адаптации студентов к условиям обучения и особенностям студенческой среды (Булатова-Топоркова М. В., Гапонова С. А., Жаренкова А. А., Овдей С. В., Осницкий А. В., Орлов Ю. М., Посохова С. Т. и др.). Особенно это касается подготовки педагогов в сфере адаптивной физической культуры.

Исследование показало, что наибольшей интенсивностью отличается адаптационный процесс на первых трех курсах. Однако, по нашему мнению, пик адаптации (дезадаптации) приходится на первый год обучения, особенно на окончание первого семестра и первую экзаменационную сессию. Это и своеобразный первый этап адаптации, поскольку неудачное включение в учебно-спортивную деятельность делает практически невозможной всю последующую адаптацию к деятельности в области адаптивной физической культуры. Далее на последующих курсах обучения проходит учебно-профессиональная и социально-психологическая адаптация к учебно-познавательной, учебно-профессиональной, учебно-исследовательской и спортивным видам деятельности студентов. Наибольший отсев студентов приходится на I курс, и уходят порой перспективные и способные.

Данные нашего исследования показали, что процесс адаптации в вузе не имеет однородной динамики. Во многом этот процесс обусловлен факторами среды и условиями деятельности. Так, учебная деятельность студентов факультета физической культуры характеризуется умственной напряженностью, а их сочетание требует сохранения высокого уровня работоспособности в течение дня, физического и психического здоровья, необходимости эффективной работы в условиях сочетания интервалов отдыха и активных спортивных занятий. Кроме того, на адаптации сказываются и психические особенности личности (психические состояния, особенности темперамента, характера, самооценки и др.).

В ходе исследования отмечено уменьшение напряженности в экспериментальной группе:

— у 6,5% третькурсников она была низкого уровня, 63,5 — среднего, а у 27,5 — высокого;

— у пятикурсников низкий уровень у 75%, средний — у 15, а высокий — у десяти процентов.

Каковы же факторы успешной адаптации?

— *объективно существующие* — стабильное, правильно составленное расписание без перегрузок, близко расположенные спортивные сооружения и залы, компетентные преподаватели, понимающие оптимальные формы организации обучения в высшей школе и методики преподавания гуманитарных и естественных научных дисциплин, удовлетворительное материальное положение, хорошее размещение в комнатах для проживания;

— *субъективные* — удовлетворенности процессом обучения, коллективом и сложившимися в нем отношениями, психологическим климатом в учебной и учебно-тренировочной группах, проявление активности студентов в учебной, спортивной, научно-исследовательской и общественной деятельности.

Наиболее значимым фактором дезадаптации студентов является нарушение функциональных психических состояний (Дикая Л. Г., Дмитриева М. А., Ершова Н. Г., Залевский Г. В., Кирюшин И. А., Коржова Е. Ю. и др.).

Можно заключить, что студент успешно адаптируется, если снижается его напряженность, утомляемость, фрустрированность. Впоследствии это скажется на работе с людьми, имеющими ограниченные физические возможности.

Разрабатывая программу психологического сопровождения, следует обратить внимание на его формы. К ним можно отнести психологическое консультирование, психологическое просвещение, психологический консилиум, семинары-тренинги, психологическую коррекцию, индивидуальную и групповую психологическую помощь, тренинги профессионального становления. Названные формы осуществляются психологом-преподавателем или психотерапевтом совместно с врачом. Одновременно с групповыми занятиями, студентов учат саморегуляции (сдержанности, выносливости, развитию настойчивости и упорства, управлению своим настроением, преодолению страхов и тревоги, одиночества и депрессии).

Таким образом, психологическое сопровождение студентов — будущих специалистов адаптивной физической культуры на начальном этапе освоения профессии должно предупреждать дезадаптацию, вырабатывать у них уверенность в своем выборе.

Литература

1. Агаджанян Н. А. Критерии адаптации и экпортрет человека / Н. А. Агаджанян // Бюл. Сибирского Отделения АН СССР. — 1981. — № 6. — С. №%-40.
2. Баевский Р. М. К проблемке оценки степени напряжения регуляторных систем организма / Р. М. Баевский // Адаптация и проблемы общей психологии. — Новосибирск, 1974. — № 1. — С. 44 — 48.
3. Горюев П. С., Ходосевич Г. В. Здоровьесберегающие технологии... / Адаптивная физическая культура. -2006. -№ 3 (27). — С. 45 — 48.
4. Дикая Л. Г. Психологическая саморегуляция функционального состояния субъекта в экстремальных условиях деятельности: Автореф. Дисс. докт. психол. н. — М., 2002. — 53 с.
5. Ершова Н. Г. Педагогические условия активизации процесса адаптации студентов-первокурсников к учебной деятельности в ИФК: Автореф. Дисс. канд. пед. наук. — СПб, 1998
6. Жаренкова А. А. Особенности психолого-педагогической поддержки первокурсников в процессе адаптации к условиям вуза: Дис. канд. психол. наук. — М., 2005. 185 с.
7. Залевский Г. В. Психическая ригидность в норме и патологии. — Томск, 1993.
8. Казанская В. Г. Подросток: трудности взросления. — СПб.: Питер, 2006. — 240 с. — (серия " Практическая психология")
9. Карпов В. Ю. Влияние физкультурно-спортивного опыта студентов на их адаптацию к обучению в вузе /Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. — 2005. — №1. — С. 43-46.
10. Кирюшин И. А. Роль тревожности в типах личности. — Хабаровск: Изд-во ДВГГУ, 2005. — 248 с.
11. Коржова Е. Ю. Психология адаптации педагогов к профессиональной деятельности. СПб.: Балтийская педагогическая академия, Институт психологии человека, 1996.
12. Концепция развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2005 года / Теория и практика физической культуры. -2001. — № 4. — С. 2-8.
13. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / Психологический журнал. — 2001. Т. 22. — №1. — С. 16 — 24
14. Методики психодиагностики в спорте: Учеб. пособие для студентов пед. ин — тов по спец. 03. 03 "Физ. культура " / В. Л. Марищук, Ю. М. Блудов, В. А. Плахтиенко, Л. К. Серова. — 2-е изд., доп. и испр.. — М.: Просвещение, 1990. -256 с.
15. Митина Л. М. Психологическая диагностика эмоциональной устойчивости учителя: Учебное пособие для практических психологов. — М., 1992. — 59 с.
16. Овдей С. В. Проблемы социально-психологической и профессиональной адаптации молодых учителей: Автореф. Дис. канд. психол. наук. — Л., 1978. -20 с.
17. Осницкий А. В. Психологические проявления дезадаптации личности учителя в педагогической деятельности: Автореф. Дис. канд. психол. наук. — СПб, 1999. — 23 с.
18. Посохова С. Т. Психология адаптирующейся личности: Дис. докт. психол. наук: СПб, 2001.
19. Пряжников Н. С. Профессионализация как взаимодействие консультанта и оптанта / Вест. МГУ. Сер. 14. Психология, 1989. — « 2. С. 54 — 66.
20. Реан А. А., Кудашев А. Р., Баранов А. А. Психология адаптации личности. Анализ. Теория. Практика. / А. А. Реан, А. Р. Кудашев, А. А. Баранов. — СПб.: Прайм — ЕВРОЗНАК, 2006. — 479 с. (Психология — лучшее).
21. Теленков Д. В. Отношение студентов, осваивающих специальность/ Адаптивная физическая культура. -2006. — № 3 (27). — С. 44-45.

Статья поступила 19. 11. 2006.

КОРРЕКЦИЯ НИЗКОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЧЕЛОВЕКА КАК ПРОБЛЕМА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

С. И. Логинов, Сургутский государственный университет, г. Сургут

Низкая физическая активность в последнее время является характерной чертой образа жизни большинства людей в России и во всем мире. Общепринято определять физическую активность (ФА) как «любое движение тела, которое производится скелетными мышцами и требует расхода энергии» (Caspersen et al., 2000). Это определение включает все разнообразие движений, присущих человеку.

Низкая ФА признана независимым фактором риска ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, ожирения, диабета несвязанного с недостатком инсулина, остеопороза и других хронических неинфекционных болезней. У людей, демонстрирующих физически низкоактивное поведение (ФНП) риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в 2 раза выше, чем у людей, регулярно занимающихся физическими упражнениями.

Мы рассматриваем физическую активность как проявление специфического поведения индивида, связанного с его здоровьем. Именно с этих позиций мы оцениваем регулярные (3 — 5 раз в неделю по 20 и более минут) занятия физическими упражнениями: ходьбой, бегом трусцой, плаванием, катанием на лыжах и коньках, ездой на велосипеде, а также участие в рекреационной, досуговой и домашней ФА.

Методы оценки ФА многообразны (С. И. Логинов, 2005). С помощью электронного шагомера или трехосевого акселерометра регистрируется число локомоций или общее количество движений, совершенных человеком, например, за одни сутки. Затем микропроцессор рассчитывает величину затраченной энергии. Информацию о расходе энергии можно получить также с помощью монитора частоты сердечных сокращений или самоотчета о бюджете времени.

Многие люди знают о пользе физических упражнений, однако не занимаются ими регулярно. В Сургуте только 4,2% мужчин и 3,5% женщин регулярно тренируются с оздоровительными целями. Большая часть неорганизованного населения

ведет малоподвижный образ жизни (С. И. Логинов, 2005).

Ключевым моментом проблемы выступает затруднение, связанное с необходимостью изменения ФНП. Снять затруднение можно с помощью целенаправленного психолого-педагогического воздействия (ППВ), разработанного на основе **транстеоретической модели изменения поведения** (ТТМ). ТТМ была специально разработана как некая объяснительная теория целенаправленного изменения поведения. Сначала она использовалась для описания мотивационной готовности к изменению поведения, связанного с потенциальным риском возникновения заболеваний вследствие курения, избыточного веса и психоэмоционального напряжения (Prochaska, DiClemente, 1983). Затем она стала активно применяться с целью изучения и стимулирования ФА различных групп людей (Marcus, Simkin, 1993; Логинов, 2000). ТТМ оказалась весьма полезной для понимания процесса намеренного изменения поведения людей, поскольку учитывала эмпирически выявленные познавательные и поведенческие процессы, связанные с процессом изменения.

Процессы изменения поведения, связанного с выполнением физических упражнений, согласно ТТМ характеризуются двумя видами стратегий — когнитивной и поведенческой. В первом случае человек получает информацию о физической культуре самостоятельно в результате познавательной деятельности. Во втором — сведения могут быть получены в готовом виде из событий окружающей среды или от других людей, с которыми человек общается в жизни.

Конструктивными элементами когнитивной стратегии являются: 1) повышение степени осознания (поиск и изучение новых фактов, идей, форм поддержки здорового поведения); 2) самоосвобождение (создание устойчивого обязательства перед самим собой — «да, я буду изменяться»); 3) облегчение (преодоление отрицательных эмоций — чувства опасности, беспокойства и тревожности, — которые обычно сопровождают здоровьеразрушающие жизненные технологии); 4) переоценка окружающей среды (понимание отрицательного воздействия нездоровых форм поведения и вредных привычек и положительного воздействия здорового поведения); 5) помощь и взаимопомощь (поиск и использование различных форм социальной поддержки изменяющегося поведения, связанного со здоровьем);

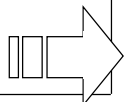
Другие пять переменных представляют поведенческую стратегию изменения поведения:

- 1) контроль стимулов внутренней и внешней среды (сознательное избегание напоминаний о прежнем нездоровом поведении и добавление напоминаний о здоровом поведении);
- 2) выработка новых условных рефлексов (познание и замена нездоровых форм поведения альтернативными формами, связанными со здоровым образом жизни);
- 3) социальное освобождение (понимание того, что социальные нормы совершенствуются в направлении поддержки изменений поведения, связанного со здоровым образом жизни);
- 4) самопереоценка (понимание того, что изменение поведения является важной составной частью развития личности);
- 5) подкрепление успехов и достижений (поощрение позитивного поведения или обучение поощрением).

Переход от стадии к стадии обеспечивается путем совершенствования указанных переменных в рамках этих стратегий. При этом когнитивные стратегии используются чаще на начальных, а поведенческие процессы — на более поздних стадиях изменения поведения.

Баланс принятия решения.

Решение действовать чаще всего принимается на основе своеобразного взвешивания всех аргументов «за» и «против». Сумма аргументов «за» представляет положительные аспекты и выгоды изменяющегося поведения. Их можно рассматривать в качестве помощников изменения. Сумма аргументов «против» характеризует неудобства и отрицательные аспекты изменяющегося поведения. Их можно оценивать как затруднения и барьеры на пути изменения. Все «за» и «против» в факторном пространстве ортогональных координат располагаются так, что люди могут быть выше по одним и ниже по другим факторам, выше или ниже по обоим факторам. На стадии неосознанности сумма аргументов «против» всегда перевешивает сумму аргументов «за». От стадии неосознанности к стадии осознания сумма аргументов «за» всегда увеличивает приблизительно на одну сигму, т. е. на величину одного стандартного отклонения. Сумма всех аргументов «против», наоборот, уменьшается от стадии к стадии примерно на 0,5 сигмы. Следовательно, больше внимания следует уделять осознанию всех аргументов «за» вследствие их более широкого диапазона варьирования (Prochaska, Velicer, 2002). Между тем наши исследова-



ния применимости ТТМ для оценки и коррекции ФА студентов первого курса показали, что весьма значительное внимание следует уделять поведенческим, когнитивным и социальным воздействиям на процесс осознания всех аргументов «против», чтобы снизить их критический уровень (Логинов, 2005).

Самозффективность – это показатель степени уверенности человека в том, что он может изменить свое поведение и добиться результата. А. Бандура одним из первых отметил, что ожидание результата и ожидание эффективности своих действий – не одно и то же (Bandura, 1986). Человеку можно объяснить, что в результате определенных действий он может достичь прогнозируемого результата, но его очень трудно убедить в том, что он действительно сможет это сделать. Люди, как правило, боятся угрожающих ситуаций и избегают их, если они не уверены в том, что могут с ними справиться. Поэтому психолого-педагогические воздействия, организуемые для коррекции низкой ФА, часто оказываются неэффективными из-за того, что используемые стратегии не соответствуют стадии, на которой находятся участники.

Центральным конструктом, объединяющим все остальные переменные ТТМ, является конструкт «**стадии мотивационной готовности к изменению**». Для описания процесса изменения используются пять стадий, позволяющих понять динамику мотивационной готовности индивидуума к осуществлению изменения своего поведения в соответствии с новыми целями.

Стадия 1. Стадия неосознанности, или предразмышления, предполагает, что малоподвижный индивидуум не осознает своего положения, не озабочен проблемами ФА и не собирается изменять свое ФНП в ближайшие 6 месяцев. Люди на этой стадии совершенно не информированы о возможных последствиях такого поведения или не верят в свои способности стать активными.

Стадия 2. Осознание. На этой стадии индивидуум осознает необходимость изменения своего ФНП и начинает размышлять об изменении. Люди на стадии осознания открыто демонстрируют намерение изменить свое поведение в ближайшие 6 месяцев, хотя это тоже весьма отдаленная перспектива для принятия решения. Более того, многие люди могут находиться на этой стадии на протяжении двух и более лет (Prochaska, Marcus, 1994). Такие люди становятся своего рода

«хроническими заложниками» старого поведения. Они обычно оценивают сумму всех аргументов «за» и «против» занятий физической культурой приблизительно 50 на 50.

Стадия 3. Подготовка. На этой стадии люди намереваются предпринять определенные шаги, чтобы измениться в течение последующих дней. Этот временной интервал отражает перенос намерения на непосредственное действие (интенцию). Многие люди на этой стадии начинают заниматься физическими упражнениями от случая к случаю, имеют некоторый общий план действий и проводят кое-какую переоценку ценности в пользу изменения поведения. Но этих действий не достаточно, поскольку они не соответствуют рекомендуемым критериям. Переход от размышления и осознания к действию является самой важной частью стадии подготовки. Вместе с тем эта стадия так же нестабильна. На ней находятся люди, которые развиваются более успешно, чем лица на первых двух стадиях, но которые в любой момент под влиянием внутренних или внешних обстоятельств могут вернуться к прежнему ФНП.

Стадия 4. Действие. Стадия действия характеризуется активным участием индивидуума в физкультурно-спортивной деятельности. Происходит закрепление нового физического активного поведения, имевшего место в течение последних шести месяцев. Люди на стадии действия изменяют свое поведение, психологические установки или окружение, чтобы преодолеть проблемы. Изменения становятся настолько очевидны, что делают этих людей непохожими на других. Парадокс, однако, заключается в том, что стадия действия является наименее стабильной и соответствует самому высокому риску возникновения рецидива, т. е. возврата к ФНП. По отношению к ФА наибольшая вероятность рецидива как раз и встречается в течение первых 6-ти месяцев после начала программы регулярной оздоровительной тренировки (Dishman, 1994). При этом изменяется цель физической активности, которую можно сформулировать как приближение к рекомендуемым критериям тренировки и осуществление значительных усилий, чтобы измениться (Prochaska, Velicer, 1997).

Стадия 5. Поддержание (регулярная тренировка). На этой стадии индивидуум поддерживает уровень достигнутых изменений в течение длительного времени.

На основе ТТМ мы спланировали

и провели несколько квазиэкспериментов с целью коррекции ФНП студентов и школьников с помощью психолого-педагогического воздействия (Логинов, 2005). Под влиянием ППВ доля студентов с ФНП уменьшилась с 60% до 40%. Конструкты ТТМ вполне корректно объясняли наблюдаемые изменения и прогнозировали дальнейшее развитие.

Таким образом, ТТМ предоставляет возможность планировать, анализировать и прогнозировать результаты изменения поведения, связанного с занятиями физической культурой студентов в условиях целенаправленного психолого-педагогического воздействия.

На практике коррекцию низкой физической активности среди учащихся различных образовательных учреждений и неорганизованного населения в Сургуте и других городах Ханты-Мансийского автономного округа осуществляют специалисты по адаптивной физической культуре – выпускники сургутского госуниверситета. По специальности «Адаптивная физическая культура» (АФК) нами разработан и уже в течение нескольких лет преподается курс «Методы оценки и коррекции физической активности». Научно-методическим сопровождением курса является одноименная монография (С. И. Логинов, 2005) и практикум (С. И. Логинов, 2006).

Литература

1. Логинов, С. И. Многофакторный анализ поведения, связанного со здоровьем студентов-ювеналов Среднего Приобья / С. И. Логинов, М. П. Комиссаров // Совершенствование системы физического воспитания, оздоровления детей и учащейся молодежи в условиях различных климатогеографических зон: Мат-лы Всерос. конф. / общ. ред. С. И. Логинова. – Сургут: Изд-во СурГУ, 2000. – С. 34–36.
2. Логинов, С. И. Физическая активность: Методы оценки и коррекции / С. И. Логинов; Сургут. гос. ун-т. – Сургут, 2005. – 344 с.
3. Логинов, С. И. Физическая активность: практикум / С. И. Логинов; Сургут. гос. ун-т. – Сургут: Изд-во СурГУ, 2006. – 158 с.
4. Bandura, A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory / A. Bandura. – Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1986.
5. Caspersen, C. J. Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age / C. J. Caspersen, M. F. Pereira, K. M. Curran // Med. Sci. Sports and Exerc. – 2000. – V. 32. – P. 1601–1609.
6. Dishman, R. K. The measurement conundrum in exercise adherence research / R. K. Dishman // Med. Sci. Sports Exerc. – 1994. – V. 26, № 11. – P. 1382–1390.
7. Marcus, B. H. The stages of exercise behavior / B. H. Marcus, L. R. Simkin // J. Sports Med. Phys. Fitness. – 1993. – V. 33. – P. 83–88.
8. Prochaska, J. O. Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente // J. Cons. Clin. Psychol. – 1983. – V. 51. – N 3. – P. 390–395.
9. Prochaska, J. O. The transtheoretical model of behavior change / J. O. Prochaska, W. F. Velicer // Am. J. Health Promot. – 1997. – V. 12. – P. 38–48.
10. Prochaska, J. O. The transtheoretical model: Applications to exercise / J. O. Prochaska, B. H. Marcus // Advances in exercise adherence / R. K. Dishman, ed. – Champaign: Human Kinetics, 1994. – P. 161–180.

Силовая подготовка как фактор профессиональной реабилитации и социальной интеграции студентов-инвалидов с ПОДА

**В. В. Мелихов, ЕГУ им. И. А. Бунина г. Елец,
Н. О. Рубцова, РГУФК г. Москва**

В настоящее время, в связи с переоценкой роли личности в современном обществе, наиболее остро встает проблема обеспечения полноценной жизнедеятельности инвалидов. Движение, мышечные напряжения — это единственное средство способное поддерживать жизнедеятельность всего организма. Недостаточная физическая активность приводит к снижению защитных сил организма, его устойчивости к воздействию различных неблагоприятных факторов, психоэмоциональным перегрузкам.

Анализируя работы и исследования российских и зарубежных ученых в области адаптивной физической культуры и двигательной реабилитации лиц с ДДП, мы отметили отсутствие разработанных программ АФВ по развитию физических качеств, особенно силовых, старшего школьного и студенческого возрастов.

При более внимательном подходе к проблемам людей ведущих малоподвижный образ жизни — силовые тренировки с использованием свободных отягощений и тренажерных аппаратов являются самым подходящим средством двигательной активности получения физической нагрузки. По предварительным наблюдениям нами установлено, что силовые тренировки способствуют укреплению ослабленных мышц, улучшению подвижности в суставах, коррекции порочных поз ОДА за счет стабилизации правильного положения тела, улучшают координацию движений, развивают различные двигательные навыки, увеличивают объем жизнедеятельности организма, улучшают работу и взаимодействие всех внутренних органов и систем организма.

В связи с этим **целью** исследования стали разработка и обоснование комплексной методики силовой подготовки студентов-инвалидов с ПОДА с использованием тренажерных устройств, которая обеспечит возможность профессиональной реабилитации и социальной интеграции.

Задачи исследования:

1. Провести теоретико-методологический анализ средств, форм и методов АФК и спорта для специалистов с ограниченными возможностями.
2. Изучить особенности психофизического и психомоторного развития студентов-инвалидов с ПОДА.
3. Изучить особенности использования тренажерных устройств нового поколения в системе физкультурно-оздоровительной работы (или комплексной реабилитации) для лиц с ПОДА.
4. Разработать и экспериментально проверить комплексную методику силовой подготовки студентов инвалидов с ПОДА.

В качестве **рабочей гипотезы** выступает предположение о том, что силовая подготовка на занятиях АФВ в системе профессионального образования обеспечит повышение уровня физической работоспособности, овладение необходимыми двигательными навыками, коррекцию дефектов психомоторного развития студентов с ПОДА, что послужит условием реализации программ профессиональной реабилитации и создаст возможность для достижения высокой социальной интеграции этой категории инвалидов.

Исследование проводилось на базе Российскойского Государственного гуманитарного института интерната (РГГИИ) г. Москва, Елецкого Государственного университета (ЕГУ) им. И. А. Буни-

на и физкультурно-спортивного клуба инвалидов (ФСКИ) «Лидер» МУ СЗН «Центр социального обслуживания и реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов» г. Елец.

В нашем исследовании принимали участие 30 студентов-инвалидов с ПОДА и сопутствующими заболеваниями, без нарушения интеллекта в возрасте от 18 до 21 лет. Для сравнения особенностей развития студентов-инвалидов с ПОДА и развития здоровой молодежи, нами было обследовано 15 студентов ЕГУ им. И. А. Бунина.

Методами исследования были выбраны: оценка морфофункционального состояния, оценка моторного профиля, оценка относительной силы, оценка реакции организма на нагрузку, оценка уровня развития физических качеств, методы математической статистики, опросник «Качество жизни».

На основании данных литературных источников нами была разработана комплексная методика силовой подготовки учащихся старших классов, средних специальных и высших учебных заведений системы социальной защиты с ПОДА. В программу вошли упражнения на развитие гибкости и расслабление мышц; упражнения со свободными отягощениями (упражнения со штангой и гантелями, упражнения с утяжелителями, упражнения с медицинским мячом); упражнения на бытовых тренажерных аппаратах системы: Atemi, Waider, Torneo, Kettler; упражнения с фитболами.

В результате проведенного исследования нами была отмечена в экспериментальной группе (ЭГ n=15) положительная динамика по всем морфофункциональным и психоэмоциональным показателям (таблица). Причём по показателям относительной силы и уровня приспособляемости организма к нагрузке студенты-инвалиды экспериментальной группы приблизились к своим здоровым сверстникам (ЗС n=15). Напротив, в контрольной группе (КГ n=15) ощутимых изменений не произошло.

В ЭГ небольшие изменения в сторону улучшения зафиксированы в мимике и пантомимике, в фонации и артикуляции речи, уменьшились тремор (дрожание рук, ног, на лице), выражение вазомоторных и пилomotorных реакций не изменилось, а наибольшие изменения в сторону улучшения наблюдались в показателях скованности (непроизвольного напряжения мышц) и непроизвольных движениях глаз. В КГ в ходе педагогического эксперимента достоверных изменений во внешних (телесных) проявлениях напряженности у испытуемых не произошло.

В процессе занятий на тренажерных системах по мере увеличения силовой подготовки у студентов произошла коррекция осанки и порочных поз. Упражнения на тренажерах и с медицинскими мячами также позволили развивать дифференцированную деятельность пальцев, корректируют мелкую моторику и манипулятивную функцию рук. Силовые тренировки повлияли также на психоэмоциональные и волевые качества, улучшили внимание и память.

Внедрение данной методики в систему специ-

Таблица
Динамика результатов оценки морфофункциональных возможностей после эксперимента

Тесты	КГ (n = 15)		ЭГ (n = 15)		ЗС (n = 15)	
	\bar{X}	□	\bar{X}	□	\bar{X}	□
Оценка относительной силы	До эксперимента					
	0,75	0,03	0,73	0,03	1,3	0,11
	После эксперимента					
	0,77	0,06	1,39	0,11	1,34	0,11
	t=0,32>0,05		t=2,53>0,05*		t=0,11>0,05	
t=2,08>0,05*		t=0,15>0,05				
Оценка гибкости позвоночника	До эксперимента					
	0,3	0,28	0,4	0,28	3,3	1,15
	После эксперимента					
	0,6	0,23	0,8	0,17	3,9	0,86
	t=35,29>0,05*		t=54,05>0,05*		t=4,02>0,05*	
t=32,79>0,05*		t=55,95>0,05*				
Экспресс-оценка уровня физического здоровья	До эксперимента					
	0,3	0,57	0,5	0,57	2,7	0,57
	После эксперимента					
	0,9	0,40	1,9	0,29	0,46	0,12
	t=17,34>0,05*		t=48,44>0,05*		t=5,42>0,05*	
t=54,05>0,05*		t=48,08>0,05*				
Оценка уровня физической работоспособности (степ-тест)	До эксперимента					
	0,3	0,29	0,4	0,29	2,2	0,58
	После эксперимента					
	0,9	0,23	2,1	0,46	2,4	0,52
	t=60>0,05*		t=81,73>0,05*		t=4,42>0,05*	
t=66,67>0,05*		t=8,82>0,05*				
Динамика оценки приспособляемости организма к нагрузке	До эксперимента					
	1,3	0,29	1,4	0,29	3,1	1,15
	После эксперимента					
	1,8	0,35	3,2	0,46	3,4	1,10
	t=34,48>0,05*		t=86,54>0,05*		t=1,66>0,05	
t=62,2>0,05*		t=2,03>0,05				

Примечание. Достоверность различий *t>0,05>p_{0,05};
t-критерий между ЭГ и КГ после эксперимента;
t-критерий между ЭГ и ЗС после эксперимента.

ального профессионального образования необходимо, ввиду её широкого воздействия на жизнедеятельность организма. Так же достижением нашей методики является возможность занятий физической культурой студентов с ПОДА не индивидуальным, а групповым методом путём поточно-круговых тренировок. После подготовительного периода — выполнения упражнений на растягивание, адаптации организма к нагрузкам и ознакомления с техникой выполнения упражнений студенты были достаточно подготовлены для самостоятельного выполнения комплекса упражнений. Это достижение позволяет улучшить эффективность адаптивного физического воспитания в средних, специальных и высших учебных заведениях системы социальной защиты.

Комплексная методика силовой подготовки студентов-инвалидов с ПОДА становится более актуальной после принятой программы социальной интеграции в РГГИИ, где вместе с инвалидами получают образование и здоровые студенты. Наша методика позволяет на занятиях по физическому воспитанию не делить студентов на «основную» и «медицинскую» группы, а проводить тренировки совместно, по индивидуальной программе развития физических качеств на тренажёрных устройствах. Таким образом реализуется принцип социальной интеграции.

УЧЕТ СТАБИЛОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

В. В. Горелик, С. А. Кузьмичев, ТГУ, г. Тольятти

В нашем исследовании принимали участие инженерно-технические работники и рабочие разных специальностей Волжского автомобильного завода (ВАЗ) страдающие остеохондрозом шейного отдела позвоночника. В работе рассматриваются изменения основных стабиллометрических* показателей в процессе реабилитации в условиях применения лечебно-профилактических мероприятий.

Число лиц с остеохондрозом шейного отдела позвоночника имеет тенденцию к увеличению. Этому способствуют особенности производственной деятельности, несоблюдение гигиенических мер, предельные требования в профессиональной самореализации [1].

Напряженная умственная и тяжелая физическая работа, вызывает перегрузки психических и физических функций; сенсорные механизмы физиологических систем максимально используют свои возможности. Эти обстоятельства ведут к нарушениям и заболеваниям различной этиологии, в том числе, остеохондрозу шейного отдела позвоночника, проявляющемуся нестабильностью сегментов С5-С6-С7. [2, 3].

Причинами развития остеохондроза может служить целый ряд обстоятельств. Однако у 85% больных удается обнаружить связь заболевания с мышечным перенапряжением [1]. Последнее наблюдается у представителей многих профессий, трудовые операции при которых связаны с длительной фиксацией рабочих поз, однотипными мелкими движениями рук, тяжелым физическим трудом, а также у лиц, подвергающихся вибрации. Не последнюю роль при этом играет ослабление мышечной системы [1].

Методика проведения исследования

На первом этапе исследования (сентябрь 2001 года) осуществляли регистрацию стабиллометрических характеристик у работников ВАЗ. На втором этапе (октябрь — апрель 2002 года) проводили адаптивную реабилитацию средствами ЛФК и стабиллометрический мониторинг у лиц данной категории. Третий этап (май 2002 года) включал финальную регистрацию стабиллометрических параметров, обработку экспериментальных данных и анализ полученного материала.

В исследовании принимали участие 27 больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника (11 мужчин и 16 женщин в возрасте от 44 до 52 лет).

Тело стоящего человека совершает незаметные колебательные движения в различных плоскостях около среднего оптимального положения. Характеристики колебаний (по амплитуде, частоте, площади ОЦД на плоскости опоры) являются одним из неспецифических индикаторов функционального состояния нервной системы человека [6].

Изучение показателей, характеризующих положение основной стойки, проводилось на программно-аппаратном комплексе анализа движений «МБН-БИОМЕХАНИКА».

Исследовались функции равновесия, проприоцептивной и опорно-двигательной систем, вестибулярного аппарата по характеристикам расположения ОЦД и изменениям девиации по фронтальной (F) и сагитальной (S) составляющим.

Аппаратно-программный комплекс регистрирует перемещение ОЦД тела испытуемого с последующим анализом следующих параметров: S (mm²) — площадь,

*Стабиллометрия — метод исследования баланса вертикальной стойки и ряда переходных процессов посредством регистрации положения, отклонений и других характеристик проекции общего центра давления (ОЦД) на плоскость опоры.

Max S (mm) – средняя амплитуда колебаний по сагиттальной составляющей, Max F (mm) – средняя амплитуда колебаний по фронтальной составляющей, Freg S (Hz) – средняя частота колебаний по сагиттальной составляющей, Freg F (Hz) – средняя частота колебаний по фронтальной составляющей, 60% ЭF (Hz) – средняя частота колебаний, отсекающая 60% энергии по фронтальной составляющей, 60% ЭS (Hz) средняя частота колебаний, отсекающая 60% энергии по сагиттальной составляющей.

Комплекс лечебной физкультуры (ЛФК).

В занятия ЛФК включали физические упражнения для мелких и средних мышечных групп и суставов, упражнения на расслабление мышц плечевого пояса и верхних конечностей, маховые движения верхней конечностью. Применялись так называемые «маятниковые упражнения в виде наклона туловища от пояса с нагрузкой на верхнюю конечность» [4, 7].

Данный комплекс упражнений позволяет восстанавливать скользящий механизм работы головки плечевого сустава, снизить ригидность капсулы сустава, подакромияльной сумки и наружных ротаторов. При наклоне туловища далеко вперед головка плеча выходит из подакромияльного отростка кпереди. В связи с этим происходит декомпрессия мягкотканых элементов поддельтовидного и подакромияльного пространств, и короткие ротаторы работают, не встречая сопротивления акромиона и клювовидно-акромиальной связки, а сухожилия длинной головки бицепса выключены из напряжения [4].

Все гимнастические упражнения чередовали с упражнениями на расслабление. Особенно добивались расслабления трапециевидной и дельтовидной мышц, так как они чаще других при исследуемой патологии вовлекаются в процесс и находятся в состоянии гипертонуса [9].

Результаты и обсуждение

Таблица 1
Динамика стабилметрических показателей в процессе реабилитации

Показатели (норма)	Этапы		
	До реабилитации	В процессе реабилитации	В конце реабилитации
Max S (mm) (-5,00–5,00)	3,74	3,76	3,20
Max F (mm) (-5,00–5,00)	0,71	0,83	1,65*
Freg S (Hz) (0,10–1,00)	0,14	0,15	0,18
Freg F (Hz) (0,10–1,00)	0,46	0,32	0,17*
S (mm ²) (78,54–314, 8)	53	110	218*
60% ЭF (Hz) (1,00–3,00)	5,38	4,97	3,48 *
60% ЭS (Hz) (1,00–3,00)	2,74	2,03	2,45

*p < 0,05

Таблица 2
Корреляционная связь между стабилметрическими показателями на конечном этапе реабилитации

60% ЭF – S	r=0,59	60% ЭS – Max F	r=-0,53
60% ЭF – Max S	r=-0,42	60% ЭS – Freg S	r=0,25
60% ЭF – Max F	r=-0,60	60% ЭS – Max S	r=-0,53
60% ЭF – Freg F	r=0,13	S – Freg F	r=-0,19
60% ЭF – Freg S	r=0,20	S – Max F	r=-0,83
60% ЭS – 60% ЭF	r=0,58	S – Freg S	r=-0,18
60% ЭS – S	r=-0,20	S – Max S	r=-0,41
60% ЭS – Freg F	r=-0,06		

Полученные числовые данные проведенного исследования представлены в таблицах 1 и 2.

Из приводимых результатов видно, что числовые данные стабилметрических параметров в процессе реабилитации характеризуются разнонаправленной динамикой. При этом параметры амплитуды по Max F, Max S и частоты по Freg F, Freg S, 60% ЭS находятся в пределах нормы в течение всего срока реабилитации. По показателям Max F, S, 60% ЭF, Freg F изменения являются достоверными на конец реабилитации.

Оценивая частоту, как по фронтальной Freg F так и по сагиттальной Freg S составляющим, было установлено, что в начальный и конечный периоды реабили-

тации результаты оставались практически в пределах нормы. Что касается площади S общего центра давления, то у 60% больных наблюдались уменьшенные значения этого показателя, то есть имелись признаки мышечного перенапряжения в начальный период исследования. После процесса реабилитации эти параметры приходили к норме.

Перекрестные корреляционные отношения между параметрами стабилметрии в конце реабилитации имели различную направленность и силу связи. К числу значимых корреляций следует отнести S – Max F; 60% ЭS – Max S; 60% ЭS – Max F; 60% ЭF – Max F; 60% ЭS – 60% ЭF, которые в свою очередь дополнительно свидетельствовали об успехе в реабилитационной динамике.

Восстановление при прохождении реабилитационной программы зависело от тяжести состояния, характера протекания заболевания, возраста, индивидуальных характеристик пациента.

Особенно информативными в нашем исследовании являлись характеристики S, и спектр частот 60% ЭF по фронтальной составляющей. Установлено, что у больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника наблюдалось уменьшение показателей S до 53 mm² и увеличение частоты 60% ЭF до 5,38 Hz по сравнению с нормой. Данное обстоятельство литературные источники трактуют как следствие мышечного перенапряжения и перестройки функциональных систем организма [1, 6]. В процессе реабилитации S увеличивался до 218 mm², частота 60% ЭF снижалась до 3,48 Hz, что характеризует положительную динамику физиологических характеристик и уменьшение мышечного перенапряжения.

Ведущую роль в этом случае играет специфическое действие физических упражнений, проявляющееся в снижении мышечного тонуса и улучшении кровоснабжения мышц, вовлеченных в патологический процесс [2].

Выводы

1. Ряд стабилметрических параметров в наших исследованиях сохранял нормативные значения в течение всего периода реабилитации. Таким образом, не все параметры могут служить контрольными для оценки динамики реабилитации.

2. Наиболее информативными для оценки динамики реабилитации исследуемых нарушений являются S общего центра давления и спектр частот 60% ЭF по фронтальной составляющей.

3. Проведенный курс реабилитации сопровождался снижением перенапряжения, что нашло отражение в объективных характеристиках стабилметрических параметров.

Практические рекомендации

1. Рекомендуется применять стабилметрические наблюдения в программе ЛФК по реабилитации лиц с остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

2. Необходимо корректировать программу занятий ЛФК с учетом стабилметрических показателей и самочувствия больного.

3. При значительных отклонениях стабилметрических параметров от нормы рекомендуется консультация с инструктором-методистом и врачом ЛФК.

Литература

1. Девятова М. В. Лечебная физическая культура при остеохондрозе позвоночника. – М.: Медицина, 1983.
2. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура. – М., 2001.
3. Дубровский В. И. Физические методы реабилитации в спорте: Методические рекомендации. – М.: Медицина, 1985.
4. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура. – М.: Медицина, 1987. – С. 394.
5. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры. – М.: Советский спорт, 2002. – 188 с.
6. Скворцов Д. В. Клинический анализ движений. Стабилметрия. – М., 2000. – С. 1-120.
7. Каптелин А. Ф. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. – М.: Медицина, 1969.
8. Касванде З. В. Лечебная гимнастика при шейном остеохондрозе. – Рига, 1976.
9. Коган О. Г., Шмидт И. Р. Теоретические основы реабилитации при остеохондрозе позвоночника. – Новосибирск: Наука, 1983. – 212 с.

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В РЕСПУБЛИКЕ КОМИ: ИСТОРИЯ, СОВРЕМЕННОСТЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

**Е. Е. Шомысова,
Институт физической культуры, спорта
и туризма ГОУ ВПО «Ухтинский
государственный технический
университет»**

Мировой опыт и деятельность физкультурно-спортивных организаций инвалидов убедительно показывают, что адаптивная физическая культура и спорт являются наиболее действенным средством физической, социальной и психологической реабилитации инвалидов, их интеграции в современное общество. Систематические занятия физической культурой и спортом не только повышают адаптацию инвалидов к изменяющимся жизненным условиям, расширяют их функциональные возможности, помогают оздоровлению организма, но и способствуют выработке координации в деятельности опорно-двигательного аппарата и всех систем организма в целом, благоприятно воздействуют на психику инвалидов, мобилизуют их волю, возвращают людям чувство социальной полноценности.

В России насчитывается более 25 млн. людей с нарушениями органов движения и опоры, зрения, слуха, интеллекта, сенсорных восприятий, внутренних органов и других недостатков. Из них более 55 тысяч проживает в Республике Коми (среди них около 7 тыс. составляют дети). По сведениям Министерства здравоохранения Республики Коми в структуре инвалидности в целом по республике преобладают болезни сердечно-сосудистой (28%), нервной (17%), костно-мышечной (10%) систем, травм всех локализаций (13%), психических расстройств (9%).

Существуют различия между структурами инвалидности первой, второй и третьей группы. Если в структуре первой группы инвалидности ведущее место занимают болезни нервной (34%), затем сердечно-сосудистой системы (25%) и психические расстройства (9%), то в структуре второй группы — болезни сердечно-сосудистой (33%), нервной системы (13%), психические расстройства (11%) и травмы всех локализаций (10%). Для третьей группы инвалидности, в первую очередь, характерны травмы всех локализаций (27%), заболевания нервной (18%) и сердечно-сосудистой (16%), а также болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (15%).

В Республике Коми, как и во всей России, наблюдается тенденция увеличения числа детей-инвалидов, особенно в возрасте до 16 лет и на сегодняшний день по статистике ведомственных организаций республики Коми их 5 381 человек. Распространенность инвалидности на 10 000 детей составляет в Сыктывкаре (242,3), Печоре (200,1), Ухте (186,7), Воркуте (189,6), Ижемском районе (229,6), а наиболее низкой — в Койгородском районе (114,3), Инте (123,1) и Вуктыле (131,1).

Почти каждый пятый ребенок-инвалид не посещает детские дошкольные учреждения из-за высокой степени ограничений жизнедеятельности.



История

История развития инвалидного спорта в республике Коми берет свое начало с конца 70-х годов XX века, когда при общественных организациях инвалидов, а также в некоторых учреждениях министерств образования и по социальным вопросам, стали стихийно и самостоятельно работать активисты-одиночки или небольшие группы людей, осознавшие проблемы инвалидов. Например, в 1976 — 1978 гг. сборная шашкистов и шахматистов Коми организации ВОС завоевала «Кубок Севера» на первенстве Северо-Западной зоны России. С июня 1990 г. команда спортсменов-инвалидов Коми стала принимать участие в Чемпионате ВОС по легкой атлетике, а с 1991 года — во Всероссийских Специальных Олимпийских играх. Учебно-тренировочная работа с инвалидами по слуху по лыжным гонкам началась в 1985 году и уже через 4 года Игорь Симановский становится чемпионом РСФСР.

В этот период к работе с инвалидами подключился и республиканский Совет физкультурно-спортивного общества профсоюзов «Россия», была организована республиканская комиссия по физкультурно-массовой и оздоровительной работе с инвалидами. Стали проводиться спортивные праздники для инвалидов и другие мероприятия. В 1989 г. в республике была принята «Межведомственная программа по развитию физической культуры и спорта среди инвалидов на 1990 — 1992 гг.». В рамках данной программы были подготовлены и выпущены методические материалы для опорников.

С 1991 года дети-инвалиды специнтернатов №4 и 5 города Сыктывкара под руководством А. Поршнева стали заниматься лыжными гонками и четыре года подряд выигрывали командный чемпионат России среди глухих школьников. В 1992 г. правительство Республики Коми приняло решение проводить учебно-тренировочную работу с детьми-инвалидами по слуху на базе республиканской спортивной школы Министерства образования РК, а со взрослыми спортсменами — в школе высшего спортивного мастерства Министерства физической культуры, спорта и туризма РК, что в дальнейшем дало свои результаты. Здесь были воспитаны заслуженный мастер спорта России (среди глухих) Наталья Смирнова, чемпионка Паралимпийских игр в Нагано (1998 г., Япония), чемпион Сурдлимпийских игр 2003 г. С. Ермилов и неоднократные победители и призеры чемпионатов Европы и мира, мастера спорта международного класса Д. Рыбин, Н. Лугакова, О. Губина, В. Ябсен и другие.

Согласно Закону о социальной защите (1995 г.) и, придавая большое значение реабилитации и социальной адаптации инвалидов с использованием средств и методов адаптивной физической культуры, спорта и туризма, на основе Указа Главы Республики Коми от 23. 07. 1997 г. было создано Государственное учреждение «Реабилитационный, спортивно-оздоровительный центр инвалидов» при Министерстве физической культуры, спорта и туризма Республики Коми. Главной целью ГУ «Спортцентр инвалидов» стало содействие реабилитации, социальной адаптации и интеграции инвалидов в республике средствами физической культуры и спорта, утверждению здорового образа жизни, профилактике заболеваний. Основными направлениями деятельности данной организации стали:

— проведение спортивно-массовой и оздоровительной работы с инвалидами по слуху и речи, зрению, интеллекту, с поражением опорно-двигательного аппарата, с последствиями детского церебрального паралича и других заболеваний;

— координация работы и оказание практической и методической помощи организациям, находящимся на территории республики Коми и проводящим физкультурно-оздоровительную и спортивно-массовую работу с инвалидами (в том

спортивные занятия является одной из главных задач в работе республиканского реабилитационного, спортивно-оздоровительного центра инвалидов Агентства физической культуры, спорта и туризма РК.

Современность

В городах и районах республики на существующих спортивных базах созданы и работают физкультурно-оздоровительные группы и спортивные секции по лыжным гонкам, легкой атлетике, плаванию, настольному теннису, шахматам, шашкам, пауэрлифтингу, армспорту, тяжелой атлетике, гиревому спорту, ориентированию по тропам (Трейл-О), греко-римской борьбе, голболу, мини-футболу, волейболу, баскетболу, дартсу, боулингу, где занимаются более 2000 человек разного возраста и специфики инвалидности (табл. 1).

В республике хорошо поставлена учебно-тренировочная работа со спортсменами—инвалидами, которые добиваются высоких результатов. Кроме представителей лыжного спорта нужно отметить призеров Всероссийских соревнований В. Черных, А. Гузенко по пауэрлифтингу, пловца А. Рогова, чемпиона России по греко-римской борьбе Р. Полина, неоднократного призера международных турниров по армспорту Т. Тимушеву, призера чем-

Таблица 1

Динамика спортивно-массовых мероприятий в городах и районах Республики Коми среди инвалидов

	Год	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Международные соревнования		1	2	4	4	2	2	4	1	3
Всероссийские соревнования		7		4	4	11	14	9	14	11
Первенство Республики Коми		6	6	6	6	17	16	11	14	14
Количество спортивно-массовых мероприятий в городах и районах РК среди инвалидов (участники, чел.)		30 (217)	30 (400)	57 (683)	57 (897)	99 (1524)	63 (1161)	79 (1028)	55 (1413)	155 (1334)
Количество занимающихся в спортивных секциях и группах ОФП среди инвалидов Республики Коми		60	200	1200	1622	2013	2127	2323	2410	2738

числе детьми);

— осуществление взаимодействия с министерствами РК по социальным вопросам, здравоохранения, образования и высшей школы, общественными организациями инвалидов (КРО ВОС, КРО ВОГ, КРО ВОИ), общественным советом по адаптивной физической культуре, «Специальной Олимпиадой РК»;

— организация и проведение республиканских спортивно-массовых мероприятий;

— организация выездов членов сборных команд республики на всероссийские и международные соревнования;

— проведение республиканских семинаров по повышению квалификации специалистов по адаптивной физической культуре.

В настоящее время в соответствии со штатным расписанием в республиканском ГУ «Реабилитационный, спортивно-оздоровительный центр инвалидов» работают 11 человек, в том числе инструкторы-методисты в городах: Сыктывкаре, Ухте, Печоре, Воркуте, Сосногорске, Усть-Вымском районе, Эжвинском районе г. Сыктывкара.

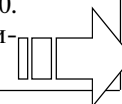
Вовлечение инвалидов (включая детей) в регулярные физкультурно-оздоровительные и

пионата России по боулингу И. Симановского и др.

Согласно единому календарному плану спортивно-массовых мероприятий Агентства физической культуры, спорта и туризма РК, Специальной Олимпиады Республики Коми ежегодно в соревнованиях принимает участие более 1000 спортсменов-инвалидов по 16 видам спорта, а количество занимающихся в спортивных секциях и группах общефизической подготовки на 2005 г. составляет 2738 человек (табл. 1).

В 2005 г. проведено 14 республиканских соревнований среди инвалидов, в которых приняли участие 1334 человека, а также традиционный летний спортивный праздник инвалидов по 5 видам спорта, в котором приняли участие 320 человек. Количество спортсменов-инвалидов (из числа детей и подростков), принявших участие в республиканских соревнованиях за 2005 г. составило 392 человека, из них в волейболе 43, плавании 48, пауэрлифтинге 9, мини-футболе 26, спортивном ориентировании 15, баскетболе 37, настольном теннисе 14, лыжных гонках 56, в соревнованиях по шашкам 14, в спортивном празднике 130.

В 2005 г. во всероссийских соревнованиях



Международные соревнования

Год	Мероприятие, место проведения	Спортсмены	Вид спорта	Занятое место
1998	VII Паралимпийские игры, Нагано (Япония)	Смирнова Наталья	Лыжные гонки	3 золотые медали
		Лугакова Наталья	Лыжные гонки	2 серебряные медали
1999	14 Всемирные игры глухих, Давос (Швейцария)	Смирнова Наталья	Лыжные гонки	1 золотая медаль 1 бронзовая медаль
2000	Чемпионат Европы, Чехия	Лугакова Наталья	Лыжные гонки	1 золотая медаль 1 серебряная медаль
		Ябсен Владислав	Лыжные гонки	1 серебряная медаль 1 бронзовая медаль
2003	Чемпионат Мира, Соллефтеа (Швеция)	Губина Оксана	Лыжные гонки	1 серебряная медаль 2 золотые медали
		Ябсен Владислав	Лыжные гонки	1 серебряная медаль 2 бронзовые медали
2004	Чемпионат Европы, Фюссен (Германия)	Ермилов Сергей	Лыжные гонки	1 золотая медаль 2 бронзовые медали
		Мишарина Любовь	Лыжные гонки	1 золотая медаль 1 бронзовая медаль
		Рыбин Дмитрий	Лыжные гонки	1 золотая медаль 1 бронзовая медаль
		Открытый Чемпионат Германии	Парфенов Тимофей	Легкая атлетика
	Международный турнир, Москва	Тимушева Татьяна	Армспорт	1 серебряная медаль
2005	Этап кубка мира среди инвалидов с ПОДА, Финляндия	Иовлева Мария	Лыжные гонки	1 бронзовая медаль

ях приняли участие команды Республики Коми по легкой атлетике среди лиц с поражением опорно-по лыжным гонкам среди инвалидов по слуху, по настольному теннису, мини-футболу и плаванию, по программе Специальной Олимпиады, греко-римской борьбе и боулингу среди инвалидов по слуху и фестивале спорта, среди инвалидов с ПОДА, где завоевали 12 золотых, 16 серебряных и 20 бронзовых медалей. В Чемпионате и Кубке мира по лыжным гонкам среди инвалидов с ПОДА участвовало 10 человек, двое из них Леонид Мусанов и Константин Янчук приняли участие в IX Паралимпийских играх в 2006 г. в Турине в лыжных гонках и биатлоне.

О достижениях спортсменов-инвалидов на международной арене говорят данные, приведенные в таблице 2.

В городах и районах республики независимо от возраста и специфики инвалидности занимаются физической культурой и спортом более 2000 человек. Только в 2005 г. было проведено 221 спортивно-массовое мероприятие с участием 2254 спортсменов-инвалидов.

В целях широкого привлечения населения республики к регулярным занятиям физической культурой, спортом и туризмом и оценки состояния физкультурно-спортивной работы, в муниципальных образованиях ежегодно, начиная с 2001 г. проводится смотр-конкурс массовой физкультурно-спортивной работы среди муници-



пальных образований «За здоровую Республику». Главными задачами смотра-конкурса являются:

- формирование потребности в занятиях физической культурой, спортом и туризмом как основном средстве здорового образа жизни;
- укрепление и развитие физкультурно-спортивной базы в городах и районах Республики Коми;
- организация общественных физкультурно-спортивных объединений и клубов, открытие секций и групп по видам спорта;
- поиск новых, эффективных форм организации физкультурно-спортивной работы со всеми категориями населения.

Общее руководство проведением смотра-конкурса осуществляет Агентство физической культуры, спорта и туризма РК, а непосредственное проведение мероприятия возлагается на органы управления физической культурой, спортом и туризмом администраций муниципальных образований. Подведение итогов и определение победителей смотра-конкурса осуществляется ежегодно по трем группам:

1 группа – муниципальное образование «Город Сыктывкар», МО «г. Ухта», МО «г. Воркута».

2 группа – МО «г. Печора», МО «г. Инта», МО «г. Усинск», МО «г. Вуктыл», МО «г. Сосногорск», МО «Эжвинский район г. Сыктывкара».

3 группа – МО «Ижемский район», МО «Княжпогостский район», МО «Койгородский район», МО «Прилузский район», МО «Сыктывдинский район», МО «Сысольский район», МО «Троицко-Печорский район», МО «Удорский район», МО «Усть-Вымский район», МО «Усть-Куломский район», МО «Усть-Цилемский район».

Смотр-конкурс проводится по пяти основным разделам, в одном из них в обязательном порядке считаются и показатели физкультурно-спортивной работы с инвалидами, такие как количество

инвалидов, занимающихся физической культурой и спортом; число проведенных физкультурно-оздоровительных мероприятий для инвалидов; количество инвалидов — участников физкультурно-спортивных мероприятий.

В последние годы пальмы первенства держат города Ухта, Сыктывкар, Воркута, а также Усть-Вымский и Корткеросский районы.

Несмотря на определенные успехи в развитии адаптивной физической культуры и спорта в республике, остается еще много нерешенных проблем, таких как несовершенство нормативно-правовых основ в данной области, отсутствие профессионально подготовленных кадров — специалистов по адаптивной физической культуре, низкая заработная плата, недостаточное целевое финансирование, слабая материально-техническая база, нехватка специального оборудования для занятий с инвалидами, низкая мотивация к занятиям адаптивным спортом самих инвалидов.

Перспективы

Основными перспективными направлениями развития адаптивной физической культуры в Республике Коми являются:

□ Разработка и обеспечение выполнения «Единого календаря физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий», проводимых в республике для инвалидов разных категорий и возрастов:

— Создание городских физкультурно-оздоровительных центров для инвалидов (Центры по адаптивному спорту).

— Создание центра подготовки инвалидов — спортсменов высокого класса (членов и кандидатов в сборные команды РФ).

— Разработка положений о детско-юношеском клубе адаптивной физической подготовки (ДЮКАФПО или отделениях адаптивного спорта в составе ДЮСШ, ДЮКФП, СДЮШОР).

— Изучение возможностей для открытия отделений адаптивного спорта в учреждениях дополнительного образования, находящихся в ведении Министерства образования, профсоюзов, «Юности России», СК «Локомотив».

□ Обоснование и использование оздоровительных технологий в системе адаптивной двигательной рекреации:

— Разработка оздоровительных технологий на основе использования различных видов двигательной активности и их применение в санаториях, курортах, домах отдыха и др.

— Создание «уголков активного отдыха» для инвалидов в рекреационно-оздоровительных зонах (парках, пригородах); оснащение их соответствующим инвентарем и оборудованием для адаптивной двигательной рекреации.

— Организация плановых мероприятий в виде туристских походов с участием инвалидов и членов их семей.

— Проведение физкультурно-оздоровитель-



ной работы по адаптивной двигательной рекреации среди детей-инвалидов в период их отдыха и оздоровления в оздоровительных учреждениях.

— Проведение летней оздоровительной работы среди взрослых инвалидов Республики Коми средствами физической культуры и спорта.

— Проведение спортивно-художественных праздников с участием детей-инвалидов, обучающихся по индивидуальным программам, на базе специальных (коррекционных) образовательных учреждений.

□ Совершенствование системы адаптивной физической реабилитации:

— Внедрение государственных и авторских программ по адаптивной физической реабилитации для всех специальных (коррекционных, компенсирующих) образовательных учреждений, их коррекция и совершенствование с учетом нового поколения программ по адаптивному физическому воспитанию.

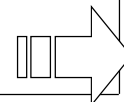
— Внедрение программ по адаптивной физической реабилитации для всех образовательных учреждений (дошкольных, школьных, высшей школы) для детей, учащихся и студентов с отклонениями в состоянии здоровья (отнесенных к контингенту специальных медицинских групп), их коррекция и совершенствование.

□ Формирование здорового образа жизни инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья:

— Обеспечение информационно-образовательной и пропагандистской деятельности среди инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья:

- Создание информационно-образовательного и общественно-практического Совета по адаптивной физической культуре.

- Создание информационно-образовательного и общественно-практического Совета по двигательной адаптации детей-инвалидов (Центра ДАДИ).



- Подготовка информационных материалов по развитию адаптивной физической культуры и формированию здорового образа жизни инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья для средств массовой информации.
- Налаживание регулярного предоставления материалов во все средства массовой информации о развитии адаптивной физической культуры.
- Организация нормативно-правового обеспечения процесса формирования здорового образа жизни инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья:
 - Разработка пакета нормативно-правовых документов, стимулирующих инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья к здоровому образу жизни.
 - Разработка документов по лицензированию деятельности по адаптивной физической культуре.
- Реализация научно-методического обеспечения адаптивной физической культуры и спорта для формирования здорового образа жизни инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья:
 - Разработка и выпуск методических рекомендаций по составлению индивидуальных программ по адаптивной физической культуре и спорту.
 - Оказание методической помощи в организации мероприятий по развитию адаптивной физической культуры и формированию здорового образа жизни инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья во всех организациях и учреждениях, где они получают образование, воспитание, осуществляют трудовую деятельность, проводят досуг.
- Подготовка, переподготовка и повышение квалификации кадров по адаптивной физической культуре и спорту:
 - Организация повышения квалификации и переподготовки кадров (из числа лиц, имеющих высшее профессиональное образование) по специальности — 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)».
 - Обеспечение подготовки кадров по адаптивной физической культуре:
 - специалистов по адаптивной физической культуре;
 - тренеров-преподавателей по адаптивной физической культуре;
 - педагогов по психомоторике;
 - педагогов — двигательных реабилитологов.
- Укрепление материально-технической базы для развития адаптивной физической культуры и спорта:
 - Выделение помещений для организации работы:
 - республиканского Физкультурно-оздоровительного центра для инвалидов, центра подготовки инвалидов-спортсменов высокого класса;
 - единого информационно-образовательного и научно-практического комплекса, объединяющего в себе: информационно-образовательный центр по адаптивной физической культуре, центр двигательной адаптации детей-инвалидов (Центр ДАДИ) и республиканский факультет адаптивной физической культуры.
 - Оснащение спортивных залов, залов для общей физической подготовки и т. п. специализированным оборудованием и инвентарем для занятий адаптивной физической культурой.

Статья поступила 21.12.2006.

КУБОК ПРЕЗИДЕНТА — НАШ!

М. Ерохина, начальник прессслужбы СОК СПб

В городе Дзержинске Московской области с 26 ноября по 4 декабря 2006 года прошел четвертый турнир на Кубок президента РФ по футболу. В соревнованиях участвовали свыше тысячи футболистов — 74 команды.

В категории Special Olympics состязались четыре команды: из Сыктывкара, Краснодара, Костромы и футболистки Санкт-Петербурга. Причем, наши землячки, подопечные Валентина Михеева, впервые боролись за Кубок. Девушки настолько были уверены в себе, что заявляли «Если не победим, то бросим футбол!». Вернулись красавицы с Кубком президента, который им вручили в Храме Христа Спасителя!

Известно, научить игре в футбол нельзя, можно только научиться. Наши девушки играть умеют: в борьбе за Кубок они показали настоящий мастер-класс. Первая игра для наших землячек была сложной, ведь проходила в баскетбольном зале, а они привыкли выступать на настоящих футбольных полях. И все же петербурженки выиграли у соперниц из Сыктывкара со счетом 3:2. Голкипера из Краснодара наши футболистки заставили вынимать мяч из ворот 5 раз. Девушки из Костромы смогли поразить ворота петербурженок только один раз и получили в ответ 11 голов. И надо сказать, что наши девчонки легко менялись ролями, каждая побывала в роли нападающей, вратаря и защитника. Очень результативно играла Вика Иванова, да и ее сестра Вера тоже выступила отлично. Так что в большой семье Ивановых, в которой 18 детей, есть повод для праздника.

Пользуясь случаем, хочется напомнить о предстоящем событии в футбольном мире — девушки-уралочки и питерские парни представят Россию на Специальных Олимпийских Играх в сентябре этого года в китайском Шанхае.



РАЗВИТИЕ ТОНКОЙ МОТОРНОЙ АКТИВНОСТИ ДЦП-ДЕТЕЙ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ АДАПТИВНОЙ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ И ФИКСАЦИОННОГО МАССАЖА

**Е. Ю. Быковская,
Институт эволюционной физиологии
и биохимии им И. М. Сеченова РАН,
Санкт-Петербург**

Уровень развития тонкой моторной активности, необходимой для выполнения ребёнком высокоточных движений в значительной степени зависит от его способности свободно выполнять осознанные движения руками. Патологические синкинезии, проявляющиеся у многих ДЦП-детей, приводят к невозможности последовательного сокращения и расслабления мышц кисти и пальцев, при выполнении активных целевых движений. Это приводит к несформированности или нарушению манипулятивной функции руки и задержке развития тонкой моторной активности [7]. У ДЦП-детей стандартный массаж обычно приводит к развитию и укреплению патологических синкинезий. В отличие от обычного массажа, разработанная недавно нами адаптивная онтогенетическая гимнастика [1] с фиксационным массажем [2] подавляет у ДЦП-ребёнка развитие патологических синкинезий и устраняет их. При фиксационном массаже фиксируются все части тела ребёнка, кроме тех частей (или той части), которые подвергаются в данный момент массажу или постемассажной гимнастике. Как показало настоящее исследование, фиксационный массаж и адаптивная онтогенетическая гимнастика значительно ускоряют развитие тонкой моторной активности ДЦП-детей.

Методика

Наибольший интерес для исследования развития тонкой моторной активности представляли результаты применения адаптивной онтогенетической гимнастики и фиксационного массажа для детей в возрасте до пяти лет. Именно до этого возраста ребёнок приобретает основные навыки тонкой моторной активности, и если в указанный период удастся преодолеть отставание в этой области развития, то дальнейшее развитие ребёнка будет проходить во многом соответственно норме.

Поэтому для исследования выбрали две группы ДЦП-детей в возрасте до 5-ти лет, по 6 человек в каждой группе. В первой, основной группе №1 в качестве оздоровительных мероприятий применяли онтогенетическую гимнастику [1] и фиксационный массаж [2]. Во второй, контрольной группе №2, вместо онтогенетической гимнастики и фиксационного массажа, в качестве оздоровительных мероприятий применяли стандартную физическую терапию [6]. В каждой группе (основной и контрольной) обследование ДЦП-детей проводили дважды: первый раз — до проведения курса оздоровительных мероприятий (начальное обследование), и второй раз — после проведения курса (конечное обследование). Все дети из групп №1 и №2 с рождения проходили курс стандартной физической терапии, но не смогли овладеть основными двигательными умениями сидеть, стоять и самостоятельно ходить.

В каждую группу были подобраны по 6 ДЦП-детей с тяжелой и средней степенью тяжести заболевания, ранее не подвергавшиеся хирургическому лечению. При этом подбор детей был сделан так, что степень тяжести заболевания у детей из основной группы №1 была выше, чем у детей из контрольной группы №2, а средний начальный возраст детей больше.

В основной группе №1 возраст детей при первом, начальном их обследовании находился в диапазоне от 7 до 54 месяцев, а средний начальный возраст составлял 22,8 месяца. При втором, конечном обследовании (которое провели в среднем через 4,5 мес.), когда ребёнок овладел навыками самостоятельной ходьбы, средний возраст составлял 27,3 месяца.

В контрольной группе №2 возраст детей при первом, начальном их обследовании находился в диапазоне от 12 до 25 месяцев, а средний начальный возраст составлял 17,8 месяца. При втором, конечном обследовании, которое провели в среднем через 13,8 мес., средний возраст составлял 31,6 месяца.

Чтобы достичь наиболее хороших результатов в контрольной группе №2, курс оздоровительных мероприятий в этой группе проводили более длительное время (13,8 мес.), чем в основной группе №1, где применяли фиксационный массаж (4,5 мес.).

Определение уровня развития тонкой моторной активности (точных двигательных умений ребёнка) проводили в следующей последовательности.

При каждом обследовании ребёнка, вначале отвечали на стандартные вопросы анкеты, соответствующие определяемому параметру его развития. Затем результаты анкетирования (анкетного обследования) обрабатывали по компьютерной программе «Лонгитюд» [4], чтобы вычислить величину определяемого параметра. В нашей работе определяемым был параметр развития тонкой моторной активности РТМ (parametr of thin motor activity). При вычислениях в компьютерной программе учитывался возраст ребёнка и значимость каждого пункта заполняемой анкеты.

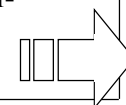
Независимо от определяемых параметров (тонкая моторная активность, общая моторная активность, зрительно-моторная координация, восприятие и познавательная активность, активная речь и др.), в программе «Лонгитюд» нормативными их величинами являются следующие:

<-0,65 — большое отставание от нормального развития;

от -0,65 до -0,30, включительно — небольшое отставание;

от -0,30 до +0,41, включительно — нормальное развитие;

>0,41 — опережение нормального развития.



Указанную процедуру анкетирования проводили для каждого из 6-ти (или более) обследуемых детей, как в основной, так и в контрольной группе. Для каждого ребёнка сравнивали величины параметра, измеренные при начальном и конечном обследовании: P_s и P_f , соответственно; и вычисляли разность $\square P = P_f - P_s$, характеризующую эффективность проведенного курса оздоровительных процедур. Затем в каждой группе все 6

Два примера анкетного обследования: ДЦП-ребёнка из основной группы №1, и ДЦП-ребёнка из контрольной группы №2, выполненных для компьютерного расчёта величин параметра тонкого моторного развития, представлены в табл. 1. В каждом примере, как указывалось выше, обследование проводили дважды: перед проведением курса оздоровительных мероприятий (начальное) и после проведения курса (конечное).

Таблица 1.

Результаты анкетного обследования двух детей при исследовании их тонкой моторной активности.

Описание (название) умения	Наличие умения у ребёнка			
	Основная группа №1		Контрольная группа №2	
	Начальное обследование	Конечное обследование	Начальное обследование	Конечное обследование
Собирает пирамидку из колец с небольшими, диаметром не более 1 см, отверстиями. Порядок собранных колец не имеет значения.	Нет	Да	Нет	Нет
Играет кубиками: стучит ими, перекладывает их, ставит друг на друга. (Используются кубики с ребром 3 — 5 см.)	Нет	Да	Нет	Нет
Использует по прямому назначению расчёску.	Нет	Да	Нет	Да
Выполняет несложные трёхмерные постройки из кубиков.	Нет	Нет	Нет	Нет

Примечание. Представлена лишь часть первой половины анкеты. Всего в первой половине анкеты 20 вопросов (20 умений ребёнка).

(или более) вычисленных величин $\square P$ обрабатывали статистически [5] для определения средней величины $\square P$ и её стандартного отклонения. Если средняя величина $\square P$ была больше нуля, делали заключение о наличии лечебного эффекта проведенного курса оздоровительных процедур. По величине стандартного отклонения определяли доверительный интервал средней величины $\square P$, по которому делали заключение о достоверности различия величины $\square P$ от величины сравнения (или от нуля, или от аналогичной величины в другой обследуемой группе детей).

Эффективность курса оздоровительных процедур оценивали по средней величине $\square P$. Чем больше возрастает средняя величина параметра при оздоровительных процедурах, тем они эффективнее. Если же величина параметра не изменяется или возрастает незначительно, то оздоровительные процедуры можно считать неэффективными для развития идентифицируемой способности ребёнка. А в тех случаях, где величина параметра уменьшается (отрицательная динамика величины параметра) при проведении курса оздоровительных процедур, их можно признать бесполезными для развития идентифицируемой способности ребёнка. Например, очень часто обычный массаж (без фиксации тела и конечностей ребёнка) вреден для тех детей, которые склонны к развитию и проявлению патологических синкинезий. В этих случаях массаж не улучшает, а ухудшает общую моторику ДЦП-ребёнка и др.

Сравнение динамики величины параметра ($\square P$) в основной и в контрольной группах позволяет оценить, какая из двух оздоровительных процедур более эффективна.

Результаты исследования и их обсуждение

Анкетное обследование (частично представленное в табл. 1) показало, что из числа обследованных умений (20) у ребёнка из основной группы №1 изначально присутствовали лишь 3, а 17 умений отсутствовали. После проведения курса фиксационного массажа, из числа 17-ти отсутствующих умений сформировались 15, и лишь 2 умения не проявились, находясь на начальной стадии формирования. У ребёнка из контрольной группы №2 изначально присутствовали лишь 2 умения, а 18 умений отсутствовали. После проведения курса стандартной физической терапии, из числа 18-ти отсутствующих умений сформировались лишь 7, а 11 умений не проявились. При этом оказались несформированными наиболее сложные умения, требующие более высокой точности движений. Степень сложности умения учитывалась при компьютерных расчётах показателя уровня развития ДЦП-ребёнка.

Результаты анкетирования (анкетного обследования) обработали по компьютерной программе «Лонгитюд» [4], чтобы вычислить исходную и конечную величины определяемого параметра развития для первого (-0,16 и -0,13) и второго (-0,19 и -0,17) ДЦП-ребёнка. Аналогичным способом определили величины определяемого параметра для всех ДЦП-детей в каждой из групп: основной и контрольной, по 6 детей в каждой группе.

Вычисленные величины параметра развития тонкой моторной активности РТМ (parameter of thin motor activity) представлены в табл. 2.

По данным табл. 2, в основной группе №1 среднее значение параметра развития тонкой моторной активности РТМ при первом, начальном об-

Вычисленные величины параметра развития тонкой моторной активности РТМ у ДЦП-детей в основной группе №1 (где применялись онтогенетическая гимнастика с фиксационным массажем) и в контрольной группе №2 (где применялась стандартная физическая терапия)

Таблица 2

Группа детей	Параметр РТМ	Величина параметра развития					Среднее	Лечебный эффект	эфф
		1	2	3	4	5			
№1	Ps	-0,35	-0,16	-0,59	-0,04	-0,16	-0,16	-0,31	Высокий
	Pf	+0,1	+0,32	-0,21	+0,29	-0,16	-0,13	+0,03	
	□P = Pf-Ps	+0,45	+0,48	+0,38	+0,33	+0,44	+0,03	+0,35±0,16	
№2	Ps	-0,75	-0,88	-0,74	-0,1	-0,19	-0,19	-0,475	Низкий
	Pf	-0,72	-0,7	-0,83	-0,14	-0,17	-0,2	-0,460	
	□P = Pf-Ps	+0,03	+0,18	-0,09	-0,04	+0,02	-0,01	+0,015±0,092	

Примечание: □В каждой группе обследовано по 6 ДЦП-детей □

Величины параметра уровня тонкой моторной активности, рассчитанные при начальном и конечном обследовании ДЦП-детей в контрольной группе №2 ($-0,475$ и $-0,460$, соответственно) различаются на величину $\square P = +0,015 \pm 0,092$. Это сви-

детельствует о том, что обычный курс стандартной физической терапии лишь слегка улучшил средний уровень тонкой моторной активности ДЦП-детей в контрольной группе №2. Нижняя граница доверительного интервала величины $\square P$, равная $-0,077$ ($+0,015 - 0,092 = -0,077$), не превышает нулевой уровень, что свидетельствует о недостаточной достоверности лечебного эффекта применённого курса стандартной физической терапии.

Заключение

Исследование показало, что разработанные недавно нами адаптивная онтогенетическая гимнастика с фиксационным массажем позволяют значительно повысить эффективность физической терапии детского церебрального паралича (ДЦП). Они превосходят стандартную физическую терапию по своей результативности в развитии тонкой моторной активности и позволяют ДЦП-ребёнку сформировать большее количество тонких двигательных умений, причём за более короткий срок и в более сложных условиях: при более высоком возрасте ДЦП-детей и при более тяжёлом начальном диагнозе ДЦП. Следовательно, онтогенетическая гимнастика и фиксационный массаж являются высокоэффективным средством для улучшения тонкой моторной активности и повышения величины параметра развития тонкой моторной активности РТМ (parameter of thin motor activity) у ДЦП-детей.

Величины параметра уровня тонкой моторной активности, рассчитанные при начальном и конечном обследовании ДЦП-детей в основной группе №1 ($-0,31$ и $+0,03$, соответственно) различаются на величину $\square P = +0,35 \pm 0,16$. Это свидетельствует о том, что онтогенетическая гимнастика и фиксационный массаж эффективно улучшили средний уровень тонкой моторной активности ДЦП-детей в основной группе №1. Нижняя граница доверительного интервала величины $\square P$, равная $+0,19$ ($+0,35 - 0,16 = +0,19$), превышает нулевой уровень, что свидетельствует о достоверности проявления лечебного эффекта применённого курса фиксационного массажа.

В контрольной группе №2 среднее значение параметра развития тонкой моторной активности при первом, начальном обследовании составило: $-0,475$ (см. табл. 2). Из сравнения этой величины с нормативными величинами показателя тонкого моторного развития (см. выше) следует, что обследованные ДЦП-дети контрольной группы №2 перед проведением курса стандартной физической терапии имели отставание в развитии тонкой моторной активности. После проведения курса стандартной физической терапии тонкая моторная активность у 3-х детей в контрольной группе №2 улучшилась, но у остальных 3-х детей ухудшилась, а средняя величина параметра развития тонкой моторной активности РТМ составила $-0,460$, т. е. лишь слегка улучшилась, и осталась на уровне отставания от нормальной активности ребёнка.

Разработанные способы адаптивной онтогенетической гимнастики и фиксационного массажа были удостоены золотой медали на Всемирной выставке изобретений «Брюссель-Эврика-2005», в области медицины и прикладной физиологии. На них в 2005 году выдан патент RU №2260417 [3].

Литература

1. Быковская Е. Ю., Жуковский Ю. Г. Онтогенетическая гимнастика при детском церебральном параличе. / ISBN 5-900901-61-0. Орёл: «А. В.». 2005-а. 144 с.
2. Быковская Е. Ю., Жуковский Ю. Г. Фиксационный массаж при детском церебральном параличе. / ISBN 5-900901-61-2. Орёл: «А. В.». 2005-б. 76 с.
3. Быковская Е. Ю., Жуковский Ю. Г. Патент RU №2260417 от 20. 09. 2005 г. (Бюл. №26), МПК-7 А 61 Н 1/00, на изобретение «Способ лечения детского церебрального паралича».
4. Иванова А. Е., Мирошников С. А. Методические материалы к экспертной системе индивидуального сопровождения «Лонгитюд». / С-Пб.: Изд-во С-ПбГУ. 2001. 44 с.
5. Кассандрова О. Н., Лебедев В. В. Обработка результатов наблюдений. / М.: Наука. 1970. 104 с.
6. Козлова Д. В., Козлов С. А., Семенов Л. А. Основы реабилитации. / Ростов на Дону: Феникс. 2003. 480 с.
7. Шипицина Л. М., Мамайчук И. И. Детский церебральный паралич. / С-Пб.: Дидактика плюс. 2000. 272 с.

Статья поступила 12. 12. 2006.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ АТЛЕТИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ В РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОК С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИЕЙ

А. В. Савельева, Чайковский ГИФК

Проблема физической реабилитации студентов, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, является актуальнейшей на сегодняшний день.

Снижение уровня здоровья студентов в последние десятилетия приобрело устойчивый характер. Этому способствуют такие специфические факторы учебного процесса вузов, как нервно-эмоциональное напряжение, переутомление, психические травмы и гиподинамия (Токмакова О. Н., 1999; Менхин Ю. В., 2002 и др.).

Примерно 1/3 студентов специальной медицинской группы имеют диагноз вегето-сосудистая дистония (ВСД) (Бобров В. А., 1994; Нежжина Н. Н., 2004 и др.). Лечение и профилактика вегето-сосудистой дистонии у молодых особенно важны, прежде всего, потому, что она стимулирует возникновение многих заболеваний с потенциально опасным исходом и может быть причиной инвалидности (Дробышева С. А., 2004).

Для таких студентов физическое воспитание приобретает особое значение, так как они не могут в полной мере использовать возможности общепринятой системы. Исходя из этого предложено большое количество программ, направленных на улучшение состояния здоровья студентов. Приоритетным направлением остаются циклические упражнения аэробной направленности (К. Купер, 1989 и др.). Однако для девушек с вегето-сосудистой дистонией, применение таких упражнений в режимах, которые позволяют добиться тренирующего эффекта не всегда возможно, из-за плохой тренированности девушек и нерациональными механизмами адаптации организма к физическим нагрузкам. Вследствие этого, аэробные нагрузки даются в недостаточном объеме, что не позволяет решать задачи повышения функциональных резервов организма.

Ситуация осложняется еще и тем, что современная молодежь проявляет слабый интерес к большинству видов двигательной активности, составляющих содержание вузовской программы.

Специалисты указывают на необходимость поиска новых нетрадиционных технологий для организации занятий по физическому воспитанию в вузе. Большинство авторов обращают внимание на естественный интерес девушек ко всему, что касается фигуры, особенностей телосложения и осанки.

Наиболее эффективной системой физических упражнений, дающей быстрые результаты в улучшении состояния здоровья и коррекции фигуры, можно по праву считать атлетическую гимнастику. Известно, что упражнения, направленные на увеличение объема мышечной массы и силы мышц способствует развитию гипертрофии скелетных мышц. Это сопровождается улучшением их кровоснабжения за счет увеличения количества капилляров и, следовательно, увеличением транспорта кислорода к тканям. Помимо этого скелетные мышцы являются своеобразными периферическими сердцами, активно помогающими кровообращению (Коц Я. М., 1986; Гальперин С. И., 1974).

Таким образом, применение силовых упражнений в физическом воспитании студенток с вегето-сосудистой дистонией может быть эффективным средством повышения функциональных возможностей организма, а также коррекции телосложения.

Целью работы было выявление эффективности методики оздоровительных занятий атлетической гимнастикой со студентками специальной медицинской группы с диагнозом вегето-сосудистая дистония.

Методика и организация исследования. Для выявления эффективности и методики оздоровительных занятий атлетической гимнастикой были сформированы экспериментальная (ЭГ) и контрольная группы (КГ) студенток первого курса специальной медицинской группы с диагнозом вегето-сосудистая дистония, по 20 человек в каждой. В ЭГ вошли девушки, желающие заниматься атлетической гимнастикой. Занятия проводились согласно расписанию в течение 2003 — 2006 гг. Результаты фоновых и последующих обследований ЭГ сравнивали с аналогичными показателями студенток КГ, занимавшихся в специальной медицинской группе с преобладанием аэробных упражнений циклического характера (бег, ходьба).

Выбор методических подходов был обусловлен имеющимися в литературе рекомендациями для проведения оздоровительных занятий с отягощениями с обязательным учетом показаний и противопоказаний для данного заболевания. Выполняемые силовые упражнения четко регламентировались, что позволяло точно нормировать нагрузку, следить за ее динамикой (рис. 1).

Для контроля состояния здоровья девушек использовались текущие показатели вегетативной нервной системы, улучшение которых непосредственно связано с нормализацией нейроциркуляторных механизмов организма. Методом анкетирования оценивали наличие, характер и выраженность субъективных симптомов вегетативных нарушений (Вейн А. М., 1981). Вегетативное обеспечение деятельности, дающее представление об адаптивных возможностях организма, анализировалось по его реакции на ортостатическую пробу (табл. 1).

Таблица 1

Динамика функционального состояния вегетативной нервной системы студенток контрольной и экспериментальной групп за трехлетний период обучения

Параметры	Результаты групп			
	Экспериментальной группы, n=20		Контрольной группы, n=20	
	до	после	до	после
Оценка вегетативных нарушений, баллы	29,6±6,9	17,8±8,9*	33,3±8,7	31,0±8,9
Реакция на ортостатическую пробу, уд/мин	18,3±5,3	10,5±3,8*	18,6±5,8	15,3±3,6*

*разница результатов достоверна (p<0,05)

Уменьшение балла опросника достоверно различалось в экспериментальной группе. В начале эксперимента средний показатель составлял 29,6 балла (он характеризует среднюю степень выраженности вегетативных проявлений), через три года 17,8 балла (соответствует легкой степени вегетативных проявлений — p<0,05). Достоверное снижение итоговых результатов ортостатической пробы в конце трехлетнего эксперимента на 57,4% (p<0,05) связано с улучшением венозного тонуса сосудов и снижением влияния симпатической нервной системы.

Для регистрации вегетативных сдвигов висцеральных систем использовались основные парамет-



Рис. 1. Методика применения средств атлетической гимнастики для студенток с диагнозом вегетососудистая дистония

ры сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У студенток экспериментальной группы стабилизировалось артериальное давление. Улучшились результаты адаптационного потенциала системы кровообращения, что свидетельствует о расширении функциональных возможностей студенток и повышении сопротивляемости организма к утомлению. Выявлено снижение признаков перенапряжения системы кровообращения на 25,1% (по Квасу).

У девушек экспериментальной группы улучшились показатели внешнего дыхания: на 10% возрос показатель жизненной емкости легких ($p < 0,05$), задержка дыхания на вдохе увеличилась на 53,4% ($p < 0,05$), снизилось число дыханий в минуту на 6,2%. Индекс Скибинской, отражающий взаимосвязь сердечно-сосудистой и дыхательной систем улучшился в конце эксперимента на 93,7%.

По данным электрокардиографических исследований с физической нагрузкой уже через восемь месяцев занятий у девушек экспериментальной

группы сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку. В контрольной группе аналогичные положительные сдвиги были значительно меньше.

В экспериментальной группе по результатам степ-теста PWC_{150} достоверно улучшилась на 8,3% абсолютная и на 13,3% относительная физическая работоспособность по сравнению с исходными значениями ($p < 0,05$). Повысились результаты показателя максимального потребления кислорода (МПК). Абсолютные его значения увеличились на 3,6% ($p < 0,05$), а относительные на 8,7% ($p < 0,05$).

Использование атлетической гимнастики положительно повлияло на морфологические показатели студенток. К концу педагогического эксперимента у девушек экспериментальной группы на 4,7% достоверно ($p < 0,05$) снизилась масса тела. Уменьшились обхватные размеры тела и толщина кожно-жировых складок, что заметно отразилось на внешнем облике девушек. Соответственно произошло перераспределение компонентного состава массы

тела в сторону уменьшения жировой и увеличения мышечной ткани. Так в начале эксперимента отмечалось повышенное жиросодержание в объеме 28,1%, к концу третьего курса содержание жирового компонента студенток экспериментальной группы достигло возрастного уровня нормы – в среднем составляло 23,6% ($p < 0,05$).

Также выявлено положительное воздействие средств атлетической гимнастики и на физическую подготовленность по всем исследуемым критериям (табл. 2). Показатель общей выносливости студенток (по данным теста Купера) увеличился на 11,5% ($p < 0,05$), скоростно-силовой показатель на 27,0% ($p < 0,05$). Почти в три раза увеличился показатель силовой выносливости ($p < 0,05$). Гибкость улучшилась на 3,1% ($p < 0,05$).

Таким образом, включение атлетической гимнастики в программу занятий студенток с вегетососудистой дистонией способствует улучшению морфологических показателей девушек, а так же позволяет добиться более выраженного оздоровительного эффекта, чем преимущественное использование аэробных упражнений циклического характера. Кроме этого выявлено, что занятия атлетической гимнастикой содействуют повышению заинтересованности в урочной форме физического воспитания студенток специальной медицинской группы.

Таблица 2
Изменение показателей физической подготовленности студенток контрольной и экспериментальной групп за трехлетний период обучения

Параметры	Результаты групп			
	Экспериментальной группы, n=20		Контрольной группы, n=20	
	до	после	до	после
Тест Купера, м	1937,8±293,0	2160,5±263,1*	1847,5±386,0	2105,5±181,3*
Сгибание-разгиб. рук, (раз)	11,0±6,8	36,8±5,3*	16,7±4,2	21,9±3,1*
Сед из положен. лежа за 1 мин., (раз)	33,0±12,5	41,9±6,9*	35,0±8,3	39,8±5,1*
Наклон туловища вперед, см	13,0±5,2	13,4±4,8*	12,9±6,3	13,1±6,1

*разница результатов достоверна ($p < 0,05$)

группы наблюдалось снижение симпатических и усиление парасимпатических влияний на сердце. Регуляция сердечного ритма смещалась от симпатикотонического в направлении нормотонического типа. В состоянии покоя до 57,1% увеличилось количество человек с нормальными показателями электрокардиограммы, на которой частота сердечных сокращений составляла 61 – 85 уд./мин. На 14,3% уменьшилось количество случаев с ускоренным ритмом, где ЧСС составляла 86 – 100 уд./мин и на 4,7% с признаками выраженной степени аритмии. По данным электрокардиограммы снизилась реак-

Вторичные недостатки здоровья учащихся классов компенсирующего обучения и пути их устранения на уроках адаптивной физической культуры

**Е. В. Быстрицкая, ФФК НГПУ,
Нижний Новгород**

Представляем вниманию читателей результаты исследования, проведенного автором в классах компенсирующего обучения (ККО) более чем двадцати школ г. Нижнего Новгорода и Нижегородской области в начальных классах и параллелях 7 — 9 классов, что соответствует самому сложному с точки зрения психолога, подростковому возрасту. В нашем исследовании мы поставили цель — оценить различие в уровне хронических и острых соматических заболеваний учащихся «группы риска». Анализ результатов оказался не в пользу старшекласников. Выяснилось, что учащиеся 1 — 4 классов, имеющие задержки психического развития или длительно находящиеся в условиях социальной депривации, в остальном практически здоровы [10]. Тогда как среди подростков из числа контингента ККО тех же школ здоровыми были признаны всего 7 — 19% учащихся (здесь 7 — 9% — в городских школах и 12 — 19% — в сельских).

Этот тревожный факт, в первую очередь свидетельствует о том, что еще не устранены и даже не полностью исследованы педагогические причины, обуславливающие формирование неблагоприятной динамики в развитии детей «группы риска» [2]. К таким причинам разные исследователи относят следующие условия учебно-познавательной деятельности и повседневной жизни подростков:

1. Школьный режим и санитарно-гигиенические условия обучения не всегда и (или) недостаточно соответствуют психофизиологическим особенностям этих детей [1];
2. Темп учебной работы, как правило, ориентированный на «среднего» ученика, также не всегда соответствует особенностям развития детей с ЗПР [6];
3. Повышение квалификации педагогов по объективным причинам в настоящее время не способствует знанию педагогами типологии учащихся и качественных характеристик детей с пониженной обучаемостью [7];
4. В жизни этих учащихся преобладают отрицательные оценочные ситуации, которые провоцируют конфликтные отношения в семье, возникающие на основе их учебных успехов и общей трудности в обучении [6].

По завершению исследования была выстроена карта вторичной заболеваемости учащихся 7 — 9 классов коррекции массовых школ. Статистика в этом случае в каждой школе фактически повторялась и включала в себя следующие группы заболеваний: аллергические заболевания, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, общее снижение иммунитета (например, к простудным и острым респираторным заболеваниям), вторичные нарушения работы центральной и периферической нервной системы. Если обозначить общее число школьников, обучаемых в ККО за 100%, то картина вторичной заболеваемости будет выглядеть следующим образом:

- Аллергические заболевания — 23%;
- Заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем — 24%;
- Сколиоз, лордоз и другие заболевания опорно-двигательного аппарата — 59%;
- Сниженный иммунитет — 67%;
- Депрессивные состояния, неврозы и другие вторичные нарушения работы ЦНС — 85%.

Не правда ли, масштабы такой картины поражают! Казалось бы, эта печальная статистика не связана

со школьным образованием и, в частности, с уроками физической культуры. Однако, как оказалось, это далеко не так. Попробуем проанализировать каждую группу заболеваний отдельно и попытаемся увидеть ее причины, в том числе, и педагогические.

Итак: **аллергические заболевания**. По проведенному нами опросу врачей детских поликлиник и школьных медицинских работников, стало понятно, что такие недуги могут возникать у школьников из-за частого соприкосновения с факторами аллергического риска, среди которых: домашняя и уличная пыль, выхлопные газы, источники горения и гниения (свалки, помойки), домашние и уличные животные, грязь. Эти факторы, как явственно следует из их перечня, представляют наибольшую опасность для лиц, которые больше всего времени проводят на улице.

Как нам рассказали учителя и преподаватели дополнительного образования, учащиеся ККО редко посещают школьные кружки и секции. Попав в кружок вместе с детьми, имеющими нормально развитые психические функции, они начинают сравнивать себя и с этими учениками и вновь, как и во время уроков испытывают дискомфорт оттого, что у них все получается хуже, чем у их ровесников из общеобразовательных классов. Исключений здесь бывает весьма мало. В результате они быстро бросают эти внеучебные занятия и проводят большую часть свободного времени на улице, причем в местах, не предусмотренных для детского отдыха — вблизи дорог, в неблагоустроенных дворах, в подъездах домов и т. п.

Другая группа факторов аллергического риска — это несоблюдение элементарных правил гигиены, отсутствие соответствующего возрасту режима, в том числе, режима питания. В этом факторе риска, как правило, виновато неадекватное семейное воспитание. Зачастую родителям проще дать ребенку денег на обед, не забываясь о том, как на самом деле он эти средства потратит. А подросткам проще всего купить сухарики, чипсы, колу, а то и вовсе истратить деньги на посещение компьютерного игрового зала, что, конечно, не прибавляет ему здоровья.

Отличие во влиянии аллергенных факторов на детей ЗПР и учащихся с нормально развитыми психическими функциями состоит в том, что обычный ребенок может внимательно выслушать, адекватно понять инструкции взрослых и претворить их в жизнь. Тогда как учащийся ККО не верят в искренность заботы взрослых о своем здоровье, и действуют противоположным образом тому, что говорят родители и педагоги. Кроме того, в силу дисгармонии своего развития, они не всегда точно запоминают и применяют те постулаты, которые для них формулируют взрослые, заслужившие их доверие.

Для изменения сложившейся ситуации учителя АФК имеют на своих уроках прекрасную возможность изменить данную ситуацию, поскольку наш предмет, как правило, является желанным и любимым для учащихся с ЗПР. Кроме того, предмет АФК по своей ориентации не несет такой же сложной интеллектуальной нагрузки, как предметы научных циклов, поэтому наиболее доступен для учащихся ККО. Специфика практических занятий по адаптивной физической культуре состоит в их однозначной оздоровительной, развивающей и коррекционной направленности.

В аналогичных целях можно использовать и теоретические фрагменты урока адаптивной физической культуры. Например, учитель АФК в качестве теоретического материала на своих уроках может использовать объяснение, вопросы и примеры по факторам аллергического риска. В этом случае ученики: во-первых, со вниманием его выслушают, во-вторых, воспримут самого учителя, как пример в его же объяснениях, в-третьих, зададут ему как специалисту интересующие вопросы и с удовольствием ответят на вопросы учителя, в-четвертых, на практике проверят свои знания.

Такая картина вряд ли может наблюдаться на уроках научных циклов и дома у этих учащихся по ряду причин. Одна из них — это сам учитель АФК — здоро-

вый и бодрый человек, не страдающий аллергическими заболеваниями и применяющий для поддержания своего состояния здоровья на должном уровне именно те гигиенические процедуры, которые он рекомендует детям. Причем, состояние здоровья своего учителя АФК они могут наблюдать ежеурочно при реализации метода обучения «рассказ-показ». Вторая причина состоит в том, что учитель АФК в рамках содержания своего урока имеет возможность продемонстрировать доступность популяризируемых им мер и их эффективность на практике (проиллюстрировать правильные способы складывания, проветривания и хранения одежды, особенности водных процедур в подростковом возрасте, технику выполнения физических упражнений, правила использования процедур закаливания и т. д.).

Еще одна причина состоит в интерактивности занятий АФК, которая заключается в ответах на вопросы учителя по теме, что активизирует мыслительную деятельность детей с ЗПР, и в том, что сами учащиеся могут задавать интересующие их вопросы учителю-специалисту. И, наконец, сам предмет АФК – единственный в школьном курсе, где все эти вопросы являются программными и могут рассматриваться на уроке.

Если бы все занятия физической культурой в коррекционных классах массовых школ и ККО были построены с учетом вышеуказанных моментов, то, скорее всего, подобной тяжелой ситуации с аллергическими заболеваниями детей с ЗПР удалось бы избежать. Такие примеры на практике существуют, например, «Система внутришкольного оздоровления» учителей ФК школы №101 Нижнего Новгорода Т. В. Гребневой и С. Ю. Коршунова, и некоторые другие.

Следующая группа вторичных отклонений в состоянии здоровья детей и подростков с ЗПР – это **соматические болезни сердечно-сосудистой и дыхательной систем**. Такие заболевания как вегето-сосудистая дистония, бронхиты, трахеиты, гипотония и гипертония между собой обычно взаимосвязаны и проявляются зачастую одновременно в комплексе: сердечно-сосудистое заболевание – заболевание дыхательной системы. Эти недуги являются следствием различных причин, в том числе могут быть спровоцированы неадекватным построением учебно-воспитательного процесса в ККО.

Так, многие дети с ЗПР не посещают занятия по ФК, либо по болезни, либо (уввы!) по неважной причине. Те же, кто пытается заниматься физической культурой самостоятельно, насмотревшись на кино-героев, делают это неграмотно: не умеют правильно подобрать адекватную нагрузку, не могут правильно организовать тренировку, не в состоянии правильно выбрать место и время для занятий. Отсюда, в совокупности с неправильным питанием, дефицит массы тела подростков, либо, напротив, ожирение, приводящие в частности к сердечно-сосудистым заболеваниям.

Отсутствие или неправильный выбор места занятий, раннее курение (из-за недосмотра или неадекватного личного примера родителей), расположение мест для пеших, велосипедных прогулок и пробежек, вблизи проезжих дорог и другие факторы приводят к плохой работе дыхательной системы. Как следствие, это, в свою очередь, приводит к дефициту снабжения кислородом органов и тканей, в том числе и, головного мозга. Таким образом, возникает тот самый комплекс заболеваний, который был нами указан, что затрагивает в последствие и другие системы, например эндокринную.

Учитель АФК, в первую очередь, призван приобретать учащимся ККО к здоровому образу жизни. Это понятие очень емко [6]. Сюда входит и гигиена дыхания (отказ от вредных привычек, пешие и велосипедные прогулки, пробежки в уголках природы, купание в природных водоемах и т. п.), и, главное, оптимальный двигательный режим.

Для того чтобы учащиеся ККО действительно приобщились к здоровому образу жизни в таком понимании, учителю АФК следует проводить на уроке оригинальную позитивную информацию и статистику о тех

случаев, когда именно такой образ жизни помогал людям справиться с затруднительными ситуациями, выздороветь и просто выжить [4]. Уместны так же, кроме теоретических объяснений, которые имеют место быть и на уроках биологии и в рамках внеклассных мероприятий, практические демонстрации в виде показательных выступлений спортсменов, в форме открытых практических занятий тренеров по различным видам спорта и т. п.

Очень эффективны в данном случае проблемные ситуации и вопросы, которые разрешаются теоретическими и практическими средствами, связанными напрямую со здоровым образом жизни. Именно дети с ЗПР могут воспринять такие теоретико-практические системы наиболее полно, так как они информативны и зрелищны одновременно, плюс – мотивационны. Это обстоятельство полностью соответствует рекомендациям, предлагаемым классиками и современными учеными для обучения детей с ЗПР [9, 10].

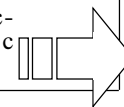
Следующий вид заболеваний, наиболее распространенный среди учащихся с ЗПР – это **сколиоз, лордоз и другие заболевания, связанные с нарушениями осанки**. Они возникают у большинства учащихся различных классов из-за неправильной посадки за партой, неадекватной позы при письме и чтении. А это, в свою очередь, провоцируется несовершенством школьной и домашней мебели, где учащиеся находятся большую часть учебного дня и где выполняют домашние задания. Эти недуги возникают так же из-за малой подвижности подростков в связи с увлеченностью новыми информационными технологиями и компьютерными играми и вследствие их загруженности учебной деятельностью. Однако, ребенок с ЗПР, в силу наличия у него первичного недостатка, в отличие от учеников общеобразовательных классов, не в состоянии на уроке и дома контролировать одновременно и то, что он делает (содержание прочитанного текста, логику письменной работы, алгоритм выполнения задачи и т. д.) и то, как он сидит (наклон туловища, осанка, расстояние от стола до глаз и т. д.). Так происходит и на уроках всех научных циклов в школе.

Уроки АФК в этом смысле уникальны. Только на этих занятиях ученик не находится постоянно в сидячем, стоячем или ином статичном положении, он постоянно движется, выполняя инструкции учителя. Используя положительную мотивацию учеников ККО к занятиям практикой АФК, и, понимая недостаточность продолжительности уроков физической культуры для формирования и развития правильных двигательных навыков, учитель должен приучить школьников к правильному отдыху на переменах, к поддержанию хорошей осанки на других уроках и адекватной физкультурно-спортивной деятельности во внеурочное время.

Учителям АФК, ведущим занятия в классах коррекции и компенсирующего обучения, следует это учесть и ежеурочно напоминать своим учащимся теоретические сведения, связанные с поддержанием правильной осанки, с вопросами регуляции нагрузки и релаксации. Теоретические фрагменты урока надо организовывать так, чтобы знания о гигиене опорно-двигательного аппарата стали неотъемлемой частью сознания детей с ЗПР. Практическое закрепление этой информации должно происходить и на уроке, и дома (при выполнении домашнего задания, данного учителем АФК).

К сожалению, дети с ЗПР чаще появляются в таких семьях, где сложилась неблагоприятная обстановка, где очень тяжелые материальные и жилищные условия, в неполных семьях, в семьях беженцев, переселенцев [8]. Вероятно с этим, в большой степени связано то, что у большинства детей с ЗПР имеются **неврологические заболевания**, которые сопровождаются **снижением иммунитета**. Это можно объяснить и плохим питанием, и неадекватным возрасту режимом дня, и несоблюдением гигиенических норм членами семьи и, как правило, имеющимися у родителей вредными привычками (курение, алкоголизм и т. д.) [5].

Однако у этого явления есть и педагогические причины, непосредственно связанные с



учебно-познавательной деятельностью этих учащихся [11], способные повлиять на состояние нервной системы и иммунитет подростков из ККО. Как это ни парадоксально, но появление указанных вторичных недугов, различных по характеру, вызывается аналогичными процессами. Механизм такого действия прост. На уроках, где изучаются научные дисциплины, у школьников с ЗПР, особенно начиная с 5 класса, происходит перенасыщение информацией, которую, в силу своего первичного недуга, они не могут выстроить в систему, а механически заучивают и суммируют. Вследствие этого происходит быстрое утомление и переутомление, наступает угнетенное состояние, сопровождающееся головными болями, головокружением и иными болезненными симптомами. Эта ситуация усугубляется еще и тем, что в содержании научных дисциплин эти дети многое не понимают, не успевая за общим темпом занятия. Учитель же не может вести занятия в более медленном темпе, так как этого не подразумевают требования учебной программы. В этом случае у детей с невысоким уровнем ЗПР и социальной депривацией снижается и без того заниженный уровень самооценки, учебной мотивации, снижаются учебные притязания. Отсюда, общее снижение иммунитета и, далее, появление и развитие заболеваний неврологического характера, повышенная восприимчивость к вирусным инфекциям, что приводит к частым и длительным пропускам учебных занятий и далее по нарастающей.

Только на уроках АФК ученики имеют реальную возможность снять нервное перенапряжение при помощи переключения на другой вид учебной деятельности. Кроме того, адекватно построенное занятие по ФК не вызовет умственного и физического переутомления, так как на этом занятии учитель оперирует понятиями и категориями, вполне ясными для детей «группы риска». Более того, чувство успеха, появляющееся у таких детей от верного понимания и воплощения на практике объяснений учителя повышает их мотивацию достижения, распространяя ее на весь процесс обучения.

Однако серьезные неврологические расстройства и значительное снижение уровня иммунитета такими традиционными для ФК методами предупредить невозможно. Для этого необходимы особые способы и приемы, свойственные предмету «Адаптивная физическая культура». Среди таких методов: элементы аутогенной тренировки, музыкальная, цветовая, световая, ландшафтная гелак-терапия, которые проводятся до, после и одновременно с выполнением дыхательных упражнений или упражнений на растяжку, или во вре-

мя теоретического объяснения двигательных действий. Сюда же можно отнести организацию службы друзей-консультантов для взаимного объяснения техники выполнения отдельных двигательных действий, для пояснения некоторых понятий и явлений в спорте; информационные странички «О Большом спорте и Выдающихся спортсменах» — для того, чтобы развить у учащихся ККО интереса к предметному чтению, навыки конспектирования и другие обще учебные и интеллектуальные умения.

Таким образом, проведенное исследование причин и путей устранения вторичных заболеваний учащихся классов компенсирующего обучения средствами адаптивной физической культуры не претендует на полноту. Оно — лишь еще один повод задуматься о неиспользованных ресурсах предмета Адаптивная физическая культура в деле коррекции и компенсации нарушенных функций детей с невысокой степенью ЗПР и других детей «группы риска». Каждый учитель-мастер может предложить свои методы и приемы оздоровления и развития детей из классов коррекции и компенсирующего развития. Главное — действовать и действовать на пользу ребенку.

Литература

1. Александровская Э. М. Личностные особенности младших школьников в норме и при пограничных нервно-психических расстройствах. Авториф. дисс. канд. псих. наук. Л., 1985. — 16 с.
2. Артемова Т. А., Ковалева А. В. Физиологические и психологические предикторы умственной работоспособности шестилетнего возраста // Материалы Первой Всероссийской конференции по экологической психологии. М., 1996.
3. Быстрицкая Е. В., Самыличев А. С. Формирование интеллектуальных способностей учащихся классов коррекционного обучения на уроках АФК. // Адаптивная физическая культура №1 (13). — 2003. — С. 6 — 7.
4. Быстрицкая Е. В. Ошибка будет меньше (О дифференциации детей с ЗПР средствами теоретических фрагментов уроков АФК). // Адаптивная физическая культура №1 (13). — 2003. — С. 8 — 9.
5. Дети с временными задержками развития // Под. ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. М., 1971. — 206 с.
6. Зайцев Д. В. Социологический анализ современной семьи России // Дефектология. №6, 2001. — С. 3 — 10.
7. Иващенко Г. М., Плоткин М. М. Проблемы социальной поддержки детей из семей разных типов // Проблемы семьи и семейной политики. — М.:19. Вып. 3.
8. Иовчук Н. М. Психиатрические аспекты школьной дезадаптации. Сб: Особый ребенок и его окружение. — М., 1994. С. 19 — 21
9. Кашенко В. П. Педагогическая коррекция: Исправление недостатков характера у детей и подростков: Кн. для учителя. — 2-е изд. — М., 1994. — 223 с.: ил.
10. Литош Н. Л. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учебное пособие. М., 2002. — 140 с.
11. Мамайчук И. И., Киреева Л. А. Психолого-педагогическая помощь семье. М., 1986.
12. Мясичев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1980.
13. Селеско М. М. Консультирование семей, имеющих детей с аномалиями в развитии // Психотерапия в дефектологии. М., 1992

Статья поступила 11. 12. 2006.

Оптимизация адаптационных возможностей детей с нарушением зрения в условиях специального образовательного учреждения

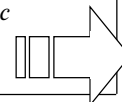
О. А. Панченко, Ставропольская государственная медицинская академия, г. Ставрополь

Возможности детей с нарушением зрения к адекватной адаптации и истощению её резервов при интеграции в среду детей с нормальным зрением часто не анализируются и не учитываются.

Нарушение функций зрения приводит к ослаблению и сокращению зрительных ощущений. Изменения в сфере ощущений неизбежно отражаются на следующем его этапе — восприятии. Именно зрительный тип восприятия — норма для большинства людей. Зрение используется слабовидящими детьми как основное средство восприятия, следовательно, развитие и формирование всех видов деятельности происходит на суженой наглядной и действительной основе [2, 3, 4, 9].

Нарушение зрения у детей дошкольного возраста, когда сформировались еще не все функции зрительной системы, отрицательно сказываются, прежде всего, на остроте центрального зрения. Недоразвитие или нарушение центрального зрения нередко затрудняет формирование других функций зрительной системы: периферического зрения, бинокулярного зрения; обуславливает недоразвитие или нарушение глазодвигательных функций, особенно при косоглазии и других формах зрительных дефектов; затрудняет фиксацию взгляда [8, 9].

При нарушении зрения имеют место не только внутрисистемные нарушения зрительного восприятия, но и межсистемные отклонения в развитии функций, тесно связанных со зрением. Следует, прежде всего, отметить вторичные отклонения в двигательной сфере. Характерной особенностью детей при зрительной недостаточности является снижение двигательной активности. Последняя находится в прямой зависимости от степени нарушения остроты центрального зрения у детей. Однако решающее влияние на развитие двигательной сферы оказывают условия обучения, физического воспитания, общение слабовидящих детей с нормально видящими сверстниками [2, 4, 9, 10]. При этом чем раньше начата специально направленная коррекционно-педагогическая работа с детьми, тем успешнее идет развитие ребенка.



Создать в специальном коррекционном образовательном учреждении согласованную, лишённую дискретности, систему комплексной реабилитации детей с нарушением зрения, учитывающую физическое развитие воспитанников, для подготовки их интеграции в среду школьников с нормальным зрением, позволяющую экстенсивным путем повысить эффективность уже существующей было целью нашего исследования [13].

Материал и методы:

В процессе исследования пролечено 818 (1636 глаз) детей. Наибольшую группу наблюдаемых детей (54,8%) составили дети в возрасте 4 — 5 лет. Дети в возрасте 6 — 7 лет составили практически 30,5% от общего числа наблюдаемых детей. Во всех группах преобладают мальчики.

Контрольную группу составили дети, пролеченные до использования методики в количестве 320 (640 глаз) человек. Количество детей основной группы составило 498 (996 глаз) человек.

Изучение детей осуществлялось на основе комплекса офтальмологических, общеклинических психологических и педагогических исследований.

В обеих исследуемых группах доминируют дети с гиперметропией (46%), среди детей контрольной группы их было 53,4%, в основной группе — 42%. Дети, имеющие врожденные аномалии развития органа зрения в контрольной группе составили 12,5%, в основной — 14%.

Диагностика умственного развития, проведенная в рамках нашей исследовательской работы, включала:

- диагностику познавательных процессов (восприятие, внимание, воображение, память, мышление и речь);
- диагностику готовности детей к обучению;
- диагностику усвоения образовательных программ.

Особенности психомоторного, речевого, характерологического и интеллектуального развития детей оценивались психологическими методами (метод предметной классификации, метод сюжетных картинок, метод неоконченных рисунков и др.). Готовность к школе определяли по результатам выполнения теста Керна-Иерасека, результатам выполнения мотометрического теста — «вырезание круга», качеству звукопронизания.

Исследование социального статуса семей воспитанников и их психодиагностика проводились методом опроса и анкетирования, а так же соответствующих методик: проективная методика Хаментаускаса «Кинетический рисунок семьи»; анализ семейных взаимоотношений; опросник родительского отношения А. Я. Варга, В. В. Столина; анкета «Социальный статус и состав семей».

Целью мероприятий, проводимых детям, страдающим амблиопией (с косоглазием и без косоглазия), является повышение зрения до возрастной нормы. Последовательность применяемых методик определялась на основе состояния зрительного анализатора применительно к возрасту и интеллектуальному развитию ребенка.

Изучение морфофункциональной готовности к обучению в школе детей с патологией органа зрения выявило значительное преобладание среди них «школьно-незрелых» детей, со сниженным уровнем психомоторного развития и способности к концентрации, скорости переключения нервных процессов. Исследовались дети (121 человек) основной группы в возрасте 4 — 7 лет.

Комплексное лечение амблиопии включало для больных обеих групп плеоптические методы, организацию жизненного режима детей с учетом зрительных нагрузок, лечение сопутствующих заболеваний. Повышение зрения до 0,4 расценивалось нами как показа-

ние к началу проведения следующего этапа лечения зрительной патологии — ортопто-диплоптическое.

К ортоптическому лечению при наличии угла косоглазия прибегали с пяти-шестилетнего возраста пациентов, по мере формирования у них навыков «работы» на аппаратах.

Наряду с традиционными методами плеопт-ортоптического лечения, для наших воспитанников мы применили ряд других (магнитотерапию реверсивным магнитным полем, электростимуляцию и методики У. Бейтса и В. Ф. Базарного), позволивших добиться стабильно хороших результатов в становлении их зрительных функций и психофизического состояния.

Опыт работы с детьми с нарушением зрения показал, что значительное количество детей этой категории (58% по Рудаковой Л. В., 1982) находятся в состоянии психологического стресса только в силу тяжести нарушения зрения и могут не реализовать свои познавательные возможности в трудовой, игровой и учебной деятельности. Известно, что основным методом плеоптического лечения является прямая окклюзия. В этих условиях ребенок вынужденно оказывается в состоянии искусственной слепоты и слабовидения. Этот период характеризуется психологическим стрессом для ребёнка.

Дети с косоглазием и амблиопией быстрее утомляются, медленнее переключаются на другой вид деятельности. Быстрая утомляемость, дефицит внимания проявляются в работе, где необходимо участие зрения.

Многоуровневый характер адаптационных процессов требует многоуровневой организации реабилитационной деятельности. Одним из направлений мы считаем создание благоприятной (комфортной) среды для детей с нарушением зрения. Создание условий, обеспечивающих антистрессовый характер проводимых лечебных реабилитационных мероприятий, а именно возможность снять психологическое напряжение.

Чтобы добиться этого, мы использовали некоторые методики из разработок У. Бейтса, утверждающего, что «изначальное усилие увидеть является психическим усилием...», а так же что процесс видения пассивен. Лечение, предложенное им «заключается не в том, чтобы избежать работы вблизи или зрения вдаль, а в избавлении от психического напряжения, которое лежит в несовершенной работе глаз на обоих расстояниях». В работе мы использовали базовые принципы, лежащие в основе его методики:

1. Общее (физическое) расслабление.
2. Психическое расслабление.
3. Дополнительные методы (дыхание, диета).

В. Ф. Базарный выделяет несколько причин нарушения зрения у детей. Среди них: 1) обездвиженность детей в процессе обучения; 2) сенсорно-обедненная среда; 3) преобладание методик интенсивного обучения.

Пути преодоления этих негативных влияний он видит в следующем: 1) укрепление «телесной вертикали»; 2) принцип «волны» в подаче учебного материала.

Для осуществления этих принципов нами были применены некоторые приёмы, соответствующие вышеизложенным принципам.

Во время занятий подача дидактического материала была в «режиме подвижности наглядных пособий» т. е. для подачи необходимой информации педагогами в ходе занятий использовалось всё пространство классной (игровой) комнаты. В нескольких группах для демонстрации учебно-наглядных пособий (дидактического материала) были созданы специальные фланелеграфы и стенды в форме деревьев или пейзажных композиций. Дети могли свободно перемещаться в этом пространстве в поисках необходимо-

го предмета и т. п. Применялись методы рефлекторного раздражения стопы: ходьба по керамзиту, по шишкам, по домотканым дорожкам и пр.

Результаты и обсуждение:

Дети с амблиопией очень высокой и высокой степени в контрольной и основной группе составили 16,1%, средней степени в первой группе 12,5, во второй 19,2%. Амблиопия слабой степени встречалась в обеих группах с почти одинаковой частотой (42,6 и 40,6%).

Предметное зрение в обеих группах имели – 9 и 10,2%. Большинство воспитанников нашего центра страдают амблиопией слабой степени, и лишь 1/6 часть имеет амблиопию очень тяжелой или тяжелой степени. При сопоставлении данных достоверно значимых различий в структуре контрольной и основной групп не выявлено, $X^2=5,1$, что ниже табличного, равного 5,991 при уровне значимости 0,05.

Угол косоглазия в диапазоне от 15 до 25° (в основной группе составил 42, в контрольной – 43%). Девиация 5 – 10° встречалась в 35 и 33% случаев в основной и контрольной группах соответственно. В 22 и 23% случаев косоглазия в основной и контрольной группах встречался угол более 10°, но менее 15°. Значительный угол девиации 30 – 45° был редким у детей обеих групп и составил всего 1 и 3% соответственно. Большинство косящих детей имели угол девиации более 5°, но менее 30°. При исследовании характера зрения у детей обеих групп выявлено, что практически у половины детей, страдающих косоглазием, характер зрения определить не представлялось возможным (в контрольной группе в 44, в основной в 56% случаев). Причиной послужило то, что в составе обеих групп дети двух- трехлетнего возраста составляют 15% и четырех-пятiletние 54 и 56% соответственно.

Проведение сопоставления распределения детей с различным углом косоглазия в обеих группах до проведения эксперимента по X^2 -критерию Пирсона ($X^2=0,54$) показало, что его значение меньше критического, равного 9,210 при уровне значимости 0,01, что свидетельствует о статистически незначимом расхождении между распределениями. То есть сформированные группы до проведения эксперимента являются однородными.

Биолого-социальные факторы, влияющие на развитие зрительной патологии к трех- четырехлетнему возрасту таковы: гипоксия при рождении, недоношенность, низкая масса тела при рождении, сопутствующие заболевания на первом году жизни, здоровье родителей.

Поскольку в результате комплексного лечения происходило воздействие на различные сферы развития каждого ребенка, нами был определен уровень ежегодной заболеваемости. Доминируют неврологические заболевания (46 и 69,3%), ЛОР-патология (12 и 10,6%). Патология органа зрения в 75 – 80% случаев связана с какой-либо общей болезнью. Почти в 20% случаев любых заболеваний в процесс вовлекаются глаза. Глазные изменения при многих общих болезнях приводят к ранней инвалидности и ограничению выбора профессий.

Патологические состояния органа зрения приводят к снижению скорости точного зрительного восприятия, снижению уровня зрительной памяти, зрительного внимания, зрительной работоспособности, нарушению зрительномоторной координации, что замедляет процесс учебной деятельности особенно в первые годы обучения. Изучение морфофункциональной готовности к обучению в школе детей с патологией органа зрения выявило значительное преобладание среди них «школьно-незрелых» детей, со сниженным уровнем

психомоторного развития и способности к концентрации, скорости переключения нервных процессов. У 59,5% исследуемых детей преобладал средний уровень развития восприятия. Очень низкий уровень продуктивности и устойчивости внимания имели 33,9% детей, очень низкий уровень переключения и распределения внимания был определен у 73,5%.

Данная методика комплексного лечения позволила добиться нормализации зрения у детей в 52% случаев. Процент улучшения остроты зрения составил 76,8%. Характер зрения улучшился в 70,6% случаев. В 13,7% случаев у детей появилось бинокулярное зрение. При этом полученные результаты достигнуты в большей степени консервативным путем. После проведения лечения 32,1% детей приобрели правильное положение глаз.

Выводы:

1. Проведенные исследования показали, что функциональное и психофизическое развитие ребенка взаимообусловлены и детерминируют перспективное развитие личности.
2. Установлено, что работа по коррекции зрительных нарушений должна носить системный характер.
3. Для детей с патологией зрения более целесообразным является применение разработанной системы реабилитационных мероприятий в специально созданных дошкольных учреждениях.

Литература

1. Анисимова Н. Л. Совместная работа семьи и детского сада по воспитанию и развитию детей с нарушением зрения. // Дефектология. – 1998. – №1. – С. 17 – 19.
2. Баилова Т. А., Бертынь Г. П. Задачи диагностического обследования детей с глубокими нарушениями зрения и слуха // Дефектология. Психофизиология. Дифференциальная психофизиология: Тез. докл. к VII съезду о-ва психофизиологов СССР / Научн. ред. Т. И. Безносиковой. – М., 1989. – С. 38-39
3. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. – М., 1995. – с. 26 – 27.
4. Григорьева Л. П. Психофизиологические исследования зрительных функций нормальнозрящих и слабовидящих школьников. / М. Педагогика. — 1983.
5. Григорьева Л. П. Психофизиологические исследования зрительных функций нормальнозрящих и слабовидящих школьников. / М. Педагогика. — 1983.
6. Гудонис В. Социальные и психолого-педагогические основы интеграции лиц с нарушением зрения.: Автореф. докт. диссерт. – М. 1995.
7. Гудонис В. Опыт и перспективы интегрированного образования детей с нарушением зрения. // Дефектология. – 1998. – №2. – С. 75 – 78.
8. Дубовская Л. А., Толстова В. А., Татаринцев С. А. и др. Анализ медико-педагогических наблюдений за детьми с амблиопией и косоглазием // Возрастные особенности в норме и при патологии у детей: Врожден. наследств. патология, клин.-лаб. исслед. Респ. сб. научн. тр. / Второй Моск. гос. ин-т им. Н. И. Пирогова; под ред. Е. И. Ковалевского. – М., 1990. – С. 92-94.
9. Земцова М. И. Некоторые особенности познавательной деятельности детей дошкольного возраста при нарушении зрения. // В кн. Обучение и воспитание дошкольников с нарушением зрения. / Под ред. Земцовой М. И. – М., 1978.
10. Куман И. Г., Фёдоров С. Н., Новикова Л. А. и др. Исследование сензитивного периода в развитии зрительной системы человека // Журн. высш. нервн. деятельности. – 1983. – Т. 33. – №3. – С. 434
11. Либман Е. С., Шахова Е. В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России. // Тез. докл. VII съезда офтальмол. России. Часть 2. – М., 2000. – С. 209-214
12. Новикова Л. А. Нейрофизиологические механизмы зрительной и слуховой депривации // Физиол. человека. -1986. – Т. 12. – №5. – С. 44
13. Панченко О. А. Реабилитация и социальная адаптация детей с нарушением зрения в специально созданных условиях / Здоровый город: план действий на сегодня. / Матер. межрегион. научно-практ. Конф. 29-30 июня 2004. – Ставрополь. – С. 59 – 60.
14. Панченко О. А., Чередниченко Л. П., Орехов К. В. К вопросу об организации работы врача-офтальмолога специального коррекционного образовательного учреждения для детей с нарушением зрения. / Клинические вопросы офтальмологии. — Сб. науч трудов. – Ставрополь. – 2005. – С. 30 – 33.

ЦЕНТР АФК НА ПОКЛОННОГОРСКОЙ, 14

С. В. Гутников,
Президент Федерации физической культуры и спорта инвалидов Санкт-Петербурга,
генеральный директор Специального Олимпийского Комитета Санкт-Петербурга,
доцент кафедры АФК СПб ГУФК им. П. Ф. Лесгафта



Центр адаптивной физической культуры на Поклонногорской ул., 14 в Санкт-Петербурге.

На тренажере Дмитрий Педченко.

Фото Владимира Тилеса



Учредители:
С. П. Евсеев, С. В. Гутников, В. М. Лебединский, В. В. Чазов

Фото Федора Кислякова

В конце декабря 2006 года состоялось открытие первого в Санкт-Петербурге городского Центра адаптивной физической культуры (Паралимпийского, Сурдлимпийского и Специального Олимпийского направления).

По инициативе Комитета по физической культуре и спорту Санкт-Петербурга, председатель Чазов В. В., организации, задачей которых является развитие физической культуры и спорта в регионе, разработали модель,

по которой, объединенными усилиями государственной структуры, научной и общественной организаций впервые в Санкт-Петербурге создали возможность спортсменам сборных команд по Паралимпийской, Сурдлимпийской и Специальной Олимпийской программам плодотворно и на регулярной основе заниматься учебно-тренировочной деятельностью. Организационными, подписавшими соглашение о сотрудничестве были Санкт-Петербургское училище олимпийского резерва №1, директор Лебединский В. М., Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры, директор Евсеев С. П. и Федерация физической культуры и спорта инвалидов Санкт-Петербурга, президент С. В. Гутников.

Работа Центра АФК базируется на Положении о Центре и трехстороннем соглашении с обязательствами сторон:

— УОР №1 — оплачивает аренду помещений, коммунальные расходы, осуществляет общее администрирование и отвечает за жизнедеятельность и безопасность центра;

— НИИ физической культуры — курирует научно-методическую деятельность, осуществляет постоянное медико-диагностическое сопровождение занимающихся спортсменами, формирует базу данных о членах сборных команд по всем трем направлениям;

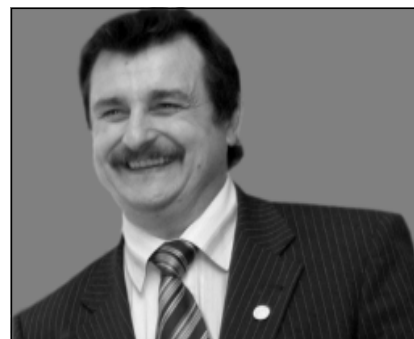
— Федерация физической культуры и спорта инвалидов — организует и проводит учебно-тренировочные и практические занятия, конференции, семинары, управляет расписанием учебно-тренировочного процесса, разработкой специальных программ и подбором тренерско-преподавательского состава.

Вопросы развития и ликвидации Центра АФК решаются приказом директора УОР №1 по согласованию подписавшихся сторон.

Основные направления деятельности Центра:

- физкультурно-оздоровительное;
- спортивное;
- диагностическое;
- учебно-воспитательное;
- консультативное;
- медицинское;
- коррекционно-педагогическое;
- социально-психологическое;
- профилактика наркомании;
- информационно-аналитическое.

Центр проводит работу с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья: с нарушением опорно-двигательного аппарата; зрения; слуха; умственного развития; эмоционально-волевой сферы; с множественными тяжелыми нарушениями и нарушениями психофизического развития.



Основными задачами Центра являются:

□ Организация занятий, осуществление коррекционной, научно-методической и реабилитационной помощи.

□ Организация учебно-воспитательной работы с детьми из коррекционных школ системы образования, учреждений системы социальной защиты, спортсменами физкультурно-спортивных клубов и общественных организаций.

□ Мониторинг динамики развития и улучшения спортивных результатов занимающихся адаптивной физической культурой в Центре.

□ Проведение диагностической работы.

□ Создание и ведение базы данных по спортивным направлениям.

□ Координация и методическое руководство деятельностью тренерско-преподавательского состава.

□ Общее укрепление здоровья, формирование навыков здорового образа жизни, совершенствование двигательных способностей занимающихся.

□ Создание условий для улучшения процесса адаптации и социальной интеграции лиц с отклонением в состоянии здоровья, повышение качества их жизни.

Центр за очень короткое время своего существования стал излюбленным местом занятий спортсменов с отклонениями в развитии и пользуется популярностью. Его двери открыты с 11:00 до 20:30 шесть дней в неделю. Центр укомплектован современными спортивными тренажерами на все группы мышц.

Реализованная модель Центра АФК актуальна, проста и жизнеспособна. Думаю, что подобные центры должны создаваться в каждом районе города. Более того, при наличии доброй воли, инициативы и условий для объединения трех сторон: государственной, научной и общественной, создание аналогичных центров во всех субъектах Российской Федерации нужно только приветствовать.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВОСПИТАННИКОВ ВОЕННЫХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Е. С. Анциферова*, **В. А. Корзунин****,
В. В. Тихонов*, **Н. П. Шабалов***,
***ВМедА им. С. М. Кирова,**
****ЛГУ им. А. С. Пушкина**

Состояние физического развития детей и подростков, являясь одним из важнейших обобщающих параметров индивида, остается одним из наиболее важных показателей состояния их здоровья. Известно, что в последние годы общее состояние здоровья детей подросткового возраста в нашей стране ухудшается. В настоящее время до 60% подростков страдают той или иной патологией. За последние пять лет показатель заболеваемости среди детей до 14 лет увеличился на 21,7%, а среди детей старшего подросткового возраста — на 24,1%. У каждого подростка в возрасте 10-ти — 14-ти лет в среднем диагностируется 2 — 3 хронических заболевания, в возрасте 15-ти — 18-ти лет от 4 до 5. У 80% школьников выявляется низкая физическая активность. Увеличение низкорослых детей произошло в 1,5 раза, со сниженной массой тела — до 17%, с задержкой полового развития — 25-30% [1].

Произошедшие за последние годы негативные сдвиги в состоянии здоровья детей подросткового возраста привели к серьезным медико-социальным последствиям. Большинство подростков имеют ограничения к получению профессии по состоянию здоровья. Сохраняется низкий уровень годности юношей к военной службе. Так, в 2003 году от военной службы по состоянию здоровья освобождены около 30% всех призывников, а в 2004 году освобождение получили уже 36% [2].

За последние десять лет в России была значительно расширена сеть военных общеобразовательных учреждений. В настоящее время в Российской Федерации насчитывается 16 учреждений такого профиля: суворовские, Нахимовское военно-морское, военно-музыкальные училища и кадетские корпуса различных видов и родов войск Минобороны. Общая численность обучающихся в них на сегодняшний день составляет более 12 тысяч воспитанников. Вместе с увеличением количества военных общеобразовательных учреждений отмечается снижение возрастного ценза поступающих. Так, в суворовские и Нахимовское училища зачисляются с 14—15 лет, в Военно-космический кадетский корпус с 13—14 лет, в Кронштадтский морской кадетский корпус с 11 лет.

Проводимая военная реформа выдвигает комплекс задач по повышению качества комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации. В связи с этим, особые требования должны быть предъявлены к повышению качества профессионального отбора кандидатов для обучения в военных общеобразовательных учреждениях МО РФ, составляющих базу образовательной и профориентационной подготовки будущих курсантов высших военно-учебных заведений, а в последующем — кадрового офицерского корпуса ВС РФ [3].

Характер обучения в вышеназванных военно-учебных заведениях имеет ряд важных особенностей. В-первых, период обучения в военных училищах и кадетских корпусах приходится на период значительной возрастной перестройки в физической, физиологической и психической сферах воспитанников. Во-вторых, подростки, в отрыве от родительской опеки, обучаются в достаточно жестком регламенте закрытого учебного заведения, характеризующегося: значительными учебными и физическими нагрузками; особыми требованиями к организационному, бытовому укладу и распорядку дня; соблюдению дисциплинарных норм, строгой субординации в социальных отношениях и т. д. В-третьих, на условия обучения и содержания воспитанников оказывают влияние новые социально-экономические условия в нашей стране.

В руководящих документах по медицинскому освидетельствованию в ВС РФ [4, 5] утверждено, в том числе, порядок оценки физического развития несовершеннолетних граждан, поступающих в суворовские училища, Нахимовское военно-морское училище, кадетские корпуса и военно-музыкальные училища. Такая оценка включает определение длины тела, при этом приводится только её крайне низкое значения (146 см) для подростков 14 лет. Другие важные показатели физического развития подростков (в том числе оценка уровня питания) документами не определены. Таблицы соотношений показателей массы тела и длины тела (индекс массы тела, — ИМТ) приведены только для возрастной категории начиная с 18-ти лет, т. е. для кандидатов в высшие военные учебные заведения. В ряде документов [6, 7] рекомендуется проводить оценку длины тела и уровня питания по длине тела, исходя из нормативных общепопуляционных центильных таблиц для школьников.

Таким образом, нормативные показатели физического развития кандидатов для обучения и воспитанников военных общеобразовательных учреждений до настоящего времени не разработаны. Кроме того, особенности подросткового возраста (индивидуальные различия в темпах роста и развития от акселерации до ретардации) в руководящих документах ВС РФ в достаточной мере не учитываются, что может приводить к ошибочным экспертным заключениям.

В связи с этим, одной из задач настоящей работы была разработка нормативных показателей и своевременное выявление нарушений физического развития, разработка и проведение коррекционных мероприятий в целях совершенствования системы медицинского отбора воспитанников военных общеобразовательных учреждений и кандидатов для обучения.

Объектом исследования явились воспитанники в возрасте от 10 до 18 лет пятых — десятых классов военных общеобразовательных учреждений Санкт-Петербурга (Кронштадтский военно-морской корпус, Военно-космический кадетский корпус им. Петра Великого, Ракетно-артиллерийский кадетский корпус, Нахимовское военно-морское училище). Для разработки статистических таблиц основных антропометрических показателей (длина тела, индекс Кетле-2 и др.) были использованы показатели на выборке из 1621 воспитанника.

Наиболее информативным методом оценки физического развития подростка и состояния его здоровья, как известно, является комплексный подход [8], который в нашем исследовании включал: анализ антропометрических показателей, оценку типов конституции, уровня биологической зрелости по степени полового созревания, ряда физиометрических показателей.

Среди антропометрических показателей подростком ключевую роль играет длина тела, для определения которой в настоящее время в педиатрии наиболее широко используется центильный метод. Средние значения длины тела, а также ее центильные распределения у воспитанников военных общеобразовательных учреждений, определенные в настоящей работе, представлены в табл. 1.

В дальнейшем было проведено сравнение длины тела воспитанников военных училищ и учащихся средних общеобразовательных школ [9], которое показало, что воспитанники в возрасте 10 — 15 лет имеют более высокие значения длины тела, чем школьники тех же возрастов.

При медицинском отборе кандидатов для обучения в военные общеобразовательные учреждения учет длины тела осуществляется в соответствии с принятыми статистическими стандартами, допускающими ее отклонения от средних значений (M) до $\pm 2\sigma$ [5]. В то же время, показатели длины тела у части кандидатов и воспитанников, даже при физиологически и генетически нормальном потенциале роста, могут выходить за рамки указанной дисперсии в препубертатном и пубертатном периодах онтогенеза. В этом случае они признаются негодными к обучению по причине низкорослости или высокорослости. Кроме того, опреде-

Таблица 1
Средние значения и центильные распределения длины тела воспитанников различных возрастов военных общеобразовательных учреждений

Возраст (лет)	n	Длина тела (см)		Центили						
				3	10	25	50	75	90	97
		М	□	Коридоры						
		1	2	3	4	5	6	7		
10	75	140,8	6,9	130,1	132	136	141	144	149,3	153,8
11	155	144,3	6,3	132,3	136	140	144,5	149	152	154,3
12	197	148,3	7,9	135,1	138	143	148	154	158	164
13	125	154,8	8,8	140,4	144	149	154	158,8	166,5	175
14	266	162,8	9,0	146,5	152	155	162	169	174,2	179
15	307	168,0	8,8	149,8	156	163	168,8	174	178,5	182,5
16	258	172,5	7,5	157,4	163	168	172,5	178	181	186
17	238	175,0	6,2	162,4	166,7	171	175	179,5	183	186,5

ленная доля здоровых подростков одного и того же календарного возраста, в связи с конституциональными особенностями, может значительно отличаться по уровню биологической зрелости [10].

В связи с этим было проведено изучение вариантов задержки роста и полового развития у воспитанников военных общеобразовательных учреждений, которые устанавливались на основании измерения длины тела, оценки уровня полового созревания и сравнения результатов со средними по полу и возрасту показателями. Путем скрининга, было выявлено 20 воспитанников в возрасте от 13 лет 4 месяцев до 17 лет 9 месяцев. Длина тела у них находилась в первом центильном коридоре и (или) они имели задержку появления признаков полового созревания более чем на два года по сравнению со средними сроками. Комплексное обследование этих подростков, проведенное в клинике детских болезней ВМедА, включало в себя: сбор семейного анамнеза (заболеваемость подростка и родителей); анализ темпов роста с рождения; оценку физического развития; оценку полового развития (по J. Tanner в модификации Л. М. Скорodka и О. Н. Савченко); определение «костного возраста»; клинический анализ крови; исследование осадка мочи; биохимические показатели сыворотки крови; гормональное исследование (тиреотропный гормон, тироксин, трийодтиронин, титр антител к щитовидной железе); исследование функции репродуктивной системы подростков (тестостерон, лютеинизирующий и фолликулостимулирующий гормоны, пролактин); ряд функциональных проб.

В результате обследования во всех случаях у воспитанников был диагностирован конституциональный генез задержки роста и (или) полового развития. С целью коррекции развития таким подросткам был рекомендован комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий, включающий: физическое закаливание, ЛФК, массаж, витаминотерапия, пища богатая белком. Подросткам, не имеющим признаков полового созревания при наличии психоэмоциональных переживаний по этому поводу, проведена гормональная коррекция препаратами депо-тестостерона (омнадреном, сустаноном). В результате проведенной коррекции у всех воспитанников в период от 6-ти до 12-ти месяцев после обследования и лечения выявлена положительная динамика развития процессов полового созревания и роста.

Полученные результаты позволяют расширить рамки референтных значений длины тела при отборе кандидатов для обучения в военных училищах, увеличив допустимый нормативный интервал с $M \pm 2,0 \square$ до $M \pm 2,5 \square$ (табл. 2). При таком подходе расширяются рамки допуска кандидатов для обучения в военные общеобразовательные учреждения по причине конституционально низких темпов развития подростков.

Одной из основных задач комплексного исследования

Таблица 2
Возрастные референтные значения ($M \pm 2,5 \square$) длины тела кандидатов в военные общеобразовательные учреждения

Возраст (годы)	Референтные значения Длина тела (см)
10	123,0 – 158,0
11	128,5 – 160,0
12	128,5 – 168,0
13	132,8 – 176,8
14	140,3 – 185,3
15	146,0 – 190,0
16	153,8 – 192,2
17	159,5 – 190,5
18	167,8 – 194,2

было определение у воспитанников типов конституции с помощью общепринятой методики в нашей стране по Штефко-Островскому [11]. Анализ распределения типов конституции показал, что среди них весьма редко встречаются представители «крайних» типов конституции – астеноидного (8,2%) и дигестивного (6,1%), также неопределенного (4,6%), диспластичного (0,2%), а чаще – представители торакального (33,7%) и особенно, мышечного типа конституции (46,9%). Это, вероятно, можно связать как с фактором медицинского отбора, так и с активно проводимой физической подготовкой в военных общеобразовательных учреждениях.

Важным показателем комплексной оценки физического развития является оценка состояния питания кандидатов и воспитанников военных общеобразовательных учреждений, которая рассчитывается с использованием индекса массы тела (ИМТ – индекс Кетле-2). Индекс широко используется в Европе и США [12, 13], а также получивший распространение и в России [5, 9, 14]. Центильное распределение индекса Кетле-2 воспитанников по возрасту представлено в таблице 3.

С возрастом индекс Кетле-2 увеличивается, что со-

Таблица 3
Величины индекса Кетле-2 воспитанников в зависимости от

Возраст (годы)	n	Центили						
		3	10	25	50	75	90	97
		Коридоры						
		1	2	3	4	5	6	7
10	75	14,2	14,7	15,6	16,4	18,0	18,9	20,1
11	155	14,1	14,8	15,8	16,8	18,0	19,4	20,9
12	197	14,7	15,4	16,2	17,1	18,4	19,6	20,7
13	125	15,2	15,8	16,6	17,6	18,7	20,2	21,2
14	266	16,1	16,6	17,4	18,5	20,0	21,2	22,3
15	307	16,2	17,3	18,7	19,8	20,9	22,4	23,8
16	316	17,3	18,3	19,3	20,6	22,4	23,3	24,6
17	299	17,5	18,3	19,7	20,8	22,3	23,9	25,3

впадает с ускорением процессов роста у воспитанников в пубертатный период. Нарастание массы тела происходит в большей степени за счет мышечной ткани, чем за счет увеличения массы костного компонента. Обращает на себя внимание то, что величины индекса Кетле-2 воспитанников в изученном возрастном диапазоне от 10-ти лет до 17-ти лет существенно ниже, чем у учащихся средних общеобразовательных школ [9]. Вероятно, это связано с тем, что в военных общеобразовательных учреждениях у воспитанников гораздо реже встречается дигестивный тип конституции, для которого характерна избыточная масса тела за счет увеличения жира.

Оценка жирового компонента воспитанников проведена путем измерения кожно-жировых складок в 4-х стандартных точках (над бицепсом, трицепсом, под лопаткой, над подвздошной областью) методом калиперометрии с последующим расчетом количества жира в организме [15]. На основании полученных величин составлены нормативные таблицы центильных распределений суммарной толщины жировых складок в четырех точках. Полученные результаты показывают, что в период активного полового созревания воспитанников (15 – 17 лет) суммарная величина жировых складок снижается по сравнению с другими возрастными. Так, в возрасте 17 лет суммарная величина жировых складок равна 26,4 мм, тогда как в 11 лет величина жировых складок 28,4 мм. Это согласуется с данными ряда исследователей о том, что максимальная активизация роста жировой ткани происходит у мальчиков в допубертатном периоде [16]. Суммарная оценка степени развития мышечного и костного компонентов у воспитанников оценивалась по обхвату плеча. Результаты показали, что средние значения (50 центиль) обхвата мышц плеча с возрастом увеличиваются. Это, вероятно, обусловлено преобладанием

мышечного типа конституции у воспитанников.

Следующим этапом исследования явился расчет показателей для оценки уровня полового развития с учетом выраженности вторичных половых признаков и развития наружных половых органов воспитанников различных возрастов по методике J. Tanner [17]. С использованием непараметрического центильного метода рассчитаны референтные значения ограниченные 3 и 97 центилями, что соответствует приблизительно средней величине $\pm 2,0\sigma$. Результаты показали, что наиболее бурный рост тестикул у воспитанников отмечается между 13 – 15 годами, что объясняется их активным вступлением в пубертатный период. Это согласуется с общепопуляционными данными, полученными у учащихся средних общеобразовательных школ [18].

В настоящей работе впервые проанализированы результаты антропометрических, физиометрических показателей, уровня полового развития, успешности обучения в зависимости не только от хронологического (календарного), но и биологического («истинного») возраста воспитанников, определенного на основании выраженности вторичных половых признаков и развития наружных половых органов. Показатели успешности обучения (успеваемости по русскому языку, математике и военным дисциплинам) характеризовали степень адаптации воспитанника к обучению в общеобразовательном военном учреждении. При статистической обработке материала применяли двухфакторный дисперсионный анализ. С его помощью выявлено, что биологический возраст оказывает на целый ряд измеряемых показателей статистически более значимое влияние, чем календарный возраст. К их числу относятся: тощая масса тела, масса тела, обхват мышц плеча, длина тела, стоя, обхват грудной клетки, ширина плеч, таза, длина ноги, обхват плеч, индекс Кетле-2, длина тела, сидя, обхват головы, индекс скелети, кожно-жировая складка под лопаткой, динамометрия, уровень систолического артериального давления, проба Руфье, жизненная емкость легких, успеваемость по русскому языку.

Физиометрические показатели использовались и для оценки физиологических резервных возможностей организма воспитанников, способности адаптации к нагрузкам по состоянию сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Оценка функциональных возможностей дыхательной системы включала: показатели функции внешнего дыхания – ЖЕЛ, пробы Штанге, Генча. Показатели функции сердечно-сосудистой системы оценивали по показателям частоты сердечных сокращений, систолического, диастолического артериального давления. Кроме того, мышечную силу кистей рук оценивали методом динамометрии. По результатам исследований составлены нормативные таблицы физиометрических показателей для воспитанников от 12-ти до 17-ти лет. В них отражен диапазон разнообразия величин признака, который свойственен зоне от 3-го до 97-го центиля (табл. 4).

ВЫВОДЫ:

1. Динамический анализ показателей физического развития воспитанников позволяет выявлять отклонения в физическом развитии на ранних этапах наблюдения.

2. Расширение референтных значений допуска кан-

дидатов для обучения в военные общеобразовательные учреждения по длине тела и индивидуальный подход к каждому подростку при медицинском отборе позволит избежать необоснованных отказов при их поступлении по причине низкорослости, в связи с конституционально-низкими темпами физического развития.

3. Периодический мониторинг физического развития воспитанников будет способствовать раннему выявлению патологии, которая может сопровождаться задержкой роста и полового созревания, организации и проведению их своевременной коррекции, а также дифференцированному подходу к воспитанникам с различным уровнем полового развития в ходе медико-психологического сопровождения учебно-воспитательного процесса в военных общеобразовательных учреждениях.

Литература

1. Баранов А. А. Научные и практические проблемы Российской педиатрии на современном этапе. // Педиатрия. – 2005. № 3. – С. 4-5.
2. Куликов В., ИНТЕРФАКС. – 2005.
3. Речь Министра обороны на XXVI Всемирном конгрессе «Военная медицина», 2005.
4. Постановление правительства РФ 2003 года № 123 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».
5. Приказ МО РФ 2003 года № 200 «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах РФ»
6. Положение по организации оказания педиатрической помощи в Вооруженных силах Российской Федерации», 1997.
7. Методические рекомендации по особенностям организации медицинского обеспечения воспитанников суворовских военных, нахимовского военно-морского училищ, кадетских (морских кадетских) корпусов. – М.: ГВМУ МО РФ, 1999.
8. Оценка физического развития и состояния здоровья детей и подростков. Методические рекомендации /Ред. Баранов А. А. М., ТЦ Сфера, – 2004. 64 с.
9. Юрьев В. В. Рост и развитие ребенка. /В. В. Юрьев, А. С. Симачовский, Н. Н. Воронович, М. М. Хомич. – СПб., 2003. – С. 260.
10. Лоу Л., Вонг К. Эндокринология. /Ред. Н. Лавин. — М.: Практика. 1999. – С. 354.
11. Штефко В. Г., Островский А. Д. Схема клинической диагностики конституциональных типов. – М. – Л., 1929. – 79 с
12. Hamill P. V. V. et al. Physical growth: National Center for Health Statistics percentiles. Am. J. Clin. Nutr. 32:607, 1979.
13. Hammer L. D., Kraemer H. C., Wilson D. M., et al. // AJDC. – 1991. – Vol. 145, №3. – P. 259-263.
14. Отчет по НИР. ГОСТ РВ «Система стандартов эргономических требований и эргономического обеспечения. ППО человека оператора. Медико-психологические требования к человеку-оператору. – СПб., 2005.
15. Клиорин А. И. Ожирение в детском возрасте /А. И. Клиорин. – Л. Медицина. – 1989. – С. 90-94.
16. Соколов В. В. Соматотипологическая характеристика детей в возрасте 8–12 лет – жителей юга России / В. В. Соколов, Е. В. Чаплыгина, Н. Г. Соколова //Морфология. 2005. – № 4. – С. 43.
17. Tanner J. W. // Clinical pediatric endocrinology. /: En. C. G. D. Brook. – Oxford, 1981. – P. 207-215.
18. Романов А. Б. /Особенности полового созревания мальчиков в Карелии /Романов А. Б. Самородинова Л. А. //Российский Педиатрический журнал. 2005. – № 4. – С. 8-11.

Таблица 4

Физиометрические показатели воспитанников различных возрастов

Показатели	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	
	n=64	n=64	n=108	n=82	n=67	n=52	
Респираторная система	ЖЕЛ, л	2,2–2,7	1,9–2,9	1,82–3,8	2,3–3,9	2,6–4,1	3,0–4,1
	Проба Штанге, сек	43,0–83,3	48,0–99,0	45,0–82,9	51,7–95,2	55,0–94,7	61,0–112,7
	Проба Генча, сек	22,0–54,6	25,0–54,4	23,0–53,8	25,0–60,0	25,0–53,7	25,0–62,9
Сердечно-сосудистая система	ЧСС, уд/мин	72,0–96,0	76,0–104,0	80,0–108,0	75,1–100,0	73,8–102,8	72,0–102,7
	САД, мм рт. ст.	90,0–120,0	90,0–120,9	100,0–130,0	110,0–130,0	105,0–125,3	110,0–123,4
	ДАД, мм рт. ст.	60,0–87,7	60,0–80,0	65,0–80,0	65,0–80,0	65,0–80,3	70,0–80,0
	Индекс Руфье, у. е.	4,0–11,0	5,0–10,2	5,0–10,9	5,0–10,0	5,0–10,0	5,0–10,4
Мышечная сила	Динамометр. пр. кисть, кг	19,0–29,8	20,0–39,0	24,5–44,6	28,0–56,0	30,0–52,2	36,0–54,0
	Динамометр. лев. кисть, кг	17,0–29,8	19,0–36,4	23,5–42,2	26,0–57,7	26,2–52,0	32,0–51,4

Trail-O – вид спорта для людей с ограничениями в передвижении

Г. Р. Сахибзадаева, руководитель детского объединения «Маугли», г. Уфа

У большинства детей с заболеванием Детский церебральный паралич (ДЦП) нарушен процесс формирования сложных двигательных функций, важных для человека – равновесия, прямохождения, ходьбы, манипулятивной деятельности [1]. У многих детей с ДЦП также нарушены сенсорные функции (зрение, слух, осязание и т. д.). Из-за трудностей в передвижении и восприятии ребенок с ДЦП вынужден жить в условиях ограниченного жизненного пространства.

Дети с ДЦП с трудом усваивают пространственные понятия: *спереди, сзади, между, сверху, внизу, направо, налево*. Понятия *далеко, близко, дальше чем*, заменяются у них определениями *там и тут*, дети затрудняются в понимании предлогов и наречий, отражающих пространственные отношения (*под, над, около*) [2].

Процент детей с нарушениями пространственных представлений, в зависимости от характера поражения опорно-двигательного аппарата, составляет от 39% (левосторонний гемипарез) до 91% (тетрапарез). Эти нарушения по мере возрастного развития ребенка и обучения в школе сами по себе не исчезают, хотя компенсируются в результате проведения специальной коррекционной работы [3].

Отметим, что в последние годы в нашей стране получил развитие сравнительно молодой вид спорта: «ориентирование по тропам» или Trail-O, который полностью адаптирован для участия в нем детей с ДЦП, а также способен помочь ученикам коррекционных интернатов в развитии пространственных представлений. Это один из 4-х официальных видов спортивного ориентирования, по которым проводятся Чемпионаты Европы и Мира, Кубки Мира. Trail-O не выступает альтернативой спортивному ориентированию здоровых людей, а является отдельным видом спорта для людей с ограничениями в передвижении.

Инвалид-ориентировщик, находящийся на трассе (тропе), должен сопоставить объекты, расположенные на карте и на местности. На контрольном пункте согласно легенде из трех призм он выбирает одну (например, задание: «выбрать призму, находящуюся у северной стороны предмета») и делает отметку в карточке, свидетельствующую о своем пребывании в этом пункте [4]. В обычном ориентировании победителем признается тот, кто проходит весь маршрут быстрее остальных. На соревнованиях Trail-O скорость прохождения маршрута не входит в зачет, что уравнивает участников в их двигательных возможностях. Во избежание набора участниками равного количества очков организуются «Тайм-КП», при прохождении которых учитывается время, затраченное на принятие решения, а не на передвижение.

Ориентирование входит в программу детского туристского объединения «Маугли» для детей с ДЦП, которое

работает на базе Уфимской специальной коррекционной школы-интерната №13 VI вида. Юные туристы участвовали в соревнованиях Trail-O, которые проходили в рамках Всероссийского фестиваля по спортивному туризму в 2004, 2005 гг.

В конце учебного года в Уфимской школе-интернате №13 состоялись школьные учебные соревнования Trail-O «Школьный азимут-2006», которые выявили массовый интерес к занятиям этим видом спорта воспитанников интерната VI вида.

Согласно положению каждый класс сформировал команду из 5 человек. Были определены следующие цели мероприятия:

- коррекционная – развитие пространственно-логических способностей учащихся;
- учебная – учить соотносить карту и местность, закрепление таких понятий как *азимут, выше – ниже, право – лево, стороны света, направление на север, местоположение на карте*;
- воспитательная – развитие активности, самостоятельности.

В результате опроса, который проводился на первых тренировках при подготовке участников к соревнованиям, выяснилось, что из 60 учащихся никто не мог сказать, что такое азимут, 48 человек не могли сориентировать карту на местности, 42 человека не могли определить стороны света по компасу.

Перед проведением соревнований была выпущена стенгазета, содержащая положение о соревнованиях, рисунки с изображением ориентировщиков, контрольного пункта, условные обозначения, схемы взятия азимута, плана школы и пришкольного участка. Использование в названии соревнований сначала ничего не говорящего для учеников слова «азимут», которое стало у всех на слуху, привлекло внимание и к тому, что оно обозначает. В стенгазете были даны примеры легенд контрольных пунктов с изображением участка местности, карточки участника. Перед входом в здание школы и по пути к игровой площадке были нарисованы на асфальте краской двухметровые стрелки, указывающие на север, а также обозначены стороны света.

Воспитатели закрепляли понятие о сторонах света во время прогулок. Для проведения тренировок были распечатаны черно-белые планы местности, карточки участников, легенды КП. Тренировки участников соревнований начинались с рассматривания газеты, соотнесения плана и местности.

В процессе тренировок выяснилось, что ориентирование по тропам вызвало большой интерес среди учеников школы всех возрастов. Они воспринимали нахождение нужной призмы на КП как решение головоломки. В результате опроса участников проведенного перед началом соревнований 98% ответили, что полностью поняли правила соревнований и свои действия на КП.

Дистанция была поставлена вокруг школы и состояла из 9 КП. В качестве объектов были использованы углы здания школы, большие пни, отдельно стоящие камни, газоны, разные по высоте клумбы, отходящие от основной дороги асфальтовые тропинки. Из трех призм надо было выбрать верную, согласно легенде и отметить ответ в карточке. Призмы различались положением по сторонам света, высоте относительно объектов, положением



на рельефе. Причем один КП содержал только ложные призы, один КП — 2 верные призы. На дистанции имелся КП, местоположение которого не обозначалось на карте. На этом КП участников встречал социальный педагог школы, спрашивал о настроении и вручал конфеты. На финише участник должен был показать на плане, где именно был расположен этот КП.

В день соревнований место старта в школьном дворе было расцвечено флажками. После торжественного открытия начались соревнования. На старте каждый участник получал цветную карту и легенду. Дистанция началась с Тайм-КП, где участнику еще раз при необходимости объяснялись действия на КП и порядок прохождения дистанции.

Правила соревнований запрещают обмен мнениями участников, но, принимая во внимание коррекционную направленность мероприятия, судьи не штрафовали ориентировщиков за общение. Так, по наблюдениям судей, на одном КП ответ обсуждался учениками 4 класса в течение 15 минут. Причем, несмотря на обсуждение, на финише не было ни одной карточки с одинаковыми ответами. Можно считать, что такие обсуждения являются ценными моментами учебных соревнований.

Все 52 участника из 1 — 10 классов школы дошли до финиша. Среди стартовавших были и участники, передвигающиеся с помощью костылей или испытывающие трудности в письме. Социальные работники школы, воспитатели оказывали таким участникам необходимую помощь в передвижении, отмечали результаты в карточке участника. На финише ветераны туристского движения, приглашенные на соревнования, раздавали призы, спрашивали о впечатлениях. Отсутствие зачета по времени позволило всем участникам быть в равных условиях и не испытывать обид по поводу своих ограниченных возможностей. На следующий день на линейке были оглашены результаты. Команде-победительнице из 9 класса был вручен переходящий кубок.

Для анализа результатов участники были разбиты на две возрастные группы: первая группа состояла из учащихся 1 — 6 классов (26 чел.), вторая — из учащихся 7 — 10 классов (26 чел.).

В итоге можно констатировать:

□ Участники относительно легко справились с поиском решения на КП, содержащих одну задачу — *выбрать призму* (например, из трех призм выбрать ту, которая стоит у столба). Правильные ответы дали в первой группе — 77%, во второй — 86% участников.

□ Многие, как и следовало ожидать, испытали затруднения в поисках верного ответа на КП, содержащих две задачи: *выбрать призму и определить сторону света* (например, из трех призм, две из которых стоят у деревьев, а третья у камня, надо выбрать ту, которая стоит у дерева, находящегося с южной стороны). В среднем 55% ориентировщиков из первой группы и 47% из второй дали правильные ответы. Неожиданно больший процент правильных ответов на двух КП из трех, был дан учащимися из первой группы (на 8%). По проведенному опросу после соревнования, большинству участников больше всего по-

нравились именно эти КП. «Мы долго ломали голову. Нам было интересно», — сказал один из них.

□ С заданием на Тайм-КП успешно справились 46% участников первой и 68% из второй группы. Надо отметить, что при прохождении данного КП участникам с поражением речи было удобнее не произносить ответ, а показывать свой вариант ответа на разложенных на столе карточках.

□ По опросу, проведенному после соревнования, самым сложным для участников оказался КП *без правильного ответа*, на котором надо было выбрать призму стоящую на вершине бугра, хотя все три призмы стояли у его подножия. Правильный ответ дали 17% участников из первой и 36% участников из второй группы.

□ 21% участников из первой группы и 12% участников из второй группы испытывали затруднения в определении понятий «*между*», «*верх-низ*», «*у столба*». Такие задания были на трех КП. В процессе проведения соревнования выяснилось, что ряд учащихся из первой группы (2, 3 класс) не знали значение слов *бугор, между, вершина, подошва, столб*.

□ В определении сторон света, подобные задания содержали четыре КП, испытали трудность 29% участников из первой группы и 16% участников из второй.

□ 95% из опрошенных участников соревнований утверждали, что им понравилось участвовать в соревновании, и они хотели бы принять участие в следующем.

Таким образом, участие в соревнованиях по ориентированию по тропам востребовано учащимися коррекционных школ-интернатов VI вида. Правила состязаний позволяют принимать участие в соревновательном процессе школьникам, испытывающим затруднения в передвижении. Обычно данная категория школьников выступает на спортивных зрелищах лишь в качестве болельщиков.

Занятия ориентированием детей с ДЦП являются коррекционными в плане развития познавательной деятельности: способствуют познанию окружающего мира, расширяют словарный и понятийный запас, развивают пространственно-логическое мышление, расширяют контакты со сверстниками и взрослыми людьми. Наличие соревновательного момента в данной коррекционной деятельности делает учебный и тренировочный процесс интересным и результативным.

В конце сентября 2006 г. в Москве прошел Чемпионат России по Trail-О среди лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, собравший ориентировщиков из Сыктывкара, Пскова, Ростова, Уфы, Воркуты. Что примечательно, из 24 участниками с ограниченными возможностями 13 человек были «колясочники», 5 человек пользовались костылями и палочками. Команды из Ростова и Пскова состояли целиком из колясочников.

На следующий год Чемпионат Европы по Trail-О состоится в июле во Франции, а Чемпионат Мира в августе в Киеве. Хочется надеяться, что этот вид спорта привлечет руководителей детских объединений системы дополнительного образования и адаптивного спорта.

Литература

1. Бабенкова Р. Д. Физическое воспитание детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. // Учебно-воспитательная работа в школе-интернате для детей с церебральным параличом / Сост. Ипполитова М. В. — М.: Просвещение, 1986. — С. 81.
2. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технология обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. -М.: Академия, 2001. — С. 22-25.
3. Данилова Л. А. Особенности формирования познавательной деятельности и речи у детей с церебральным параличом: Сб. науч. Раб. / Под ред. Проф. Е. С. Иванов. — Л.: ЛГПИ, 1976. — С. 129.
4. Бреггинс А. Ориентирование по тропам. М., 1997. — 85с.
5. Евсеев С. П. Ориентирование по тропам в системе адаптивной двигательной рекреации: Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник в 2 т. Т. 2/Под общей ред. проф. С. П. Евсеева. — М.: Советский спорт, 2005. С. 228-233.

Статья поступила 24. 12. 2006.



ОРГАНИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ СТУДЕНТОВ КИНГСТОНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА СВ. ГЕОРГИЯ (ЛОНДОН)

Визит в рамках Международной программы «Tempus» специалистов СПбГУФК имени П. Ф. Лесгафта и Института раннего вмешательства в Кингстонский университет г. Лондона (ноябрь-декабрь 2006 г)

О. Э. Аксенова, О. В. Платонова, И. Г. Терентьева

Цели визита:

- изучить процесс организации клинической практики студентов;
- проанализировать систему оценки навыков студентов в период прохождения клинической практики;
- изучить документацию по клинической практике студентов (портфолио для преподавателей и студентов).

ОРГАНИЗАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ I. Структура клинической практики

Студенты 1 курса

Клиническая практика. 4 недели в январе (вторая половина учебного дня). При этом непосредственно на клинических базах студенты бывают только 2 раза по полдня. Цель посещений — познакомиться с клинической средой, увидеть пациентов в реальных условиях и ассистировать во время физического контакта; посмотреть, как выглядят пациенты различных групп (неврологические, кардиореспираторные и т. д.). Т. е. посмотреть «физиотерапию в действии». Остальное время практики — отработка практических навыков в учебных классах.

Эта практика проходит под патронажем студентов 3 курса. Первокурсники напрямую договариваются со студентами 3 курса; визиты не касаются преподавателя по практике.

Студенты 2 курса

Уровень 1

Шестинедельная клиническая практика в сентябре. (Практика 1).

Цель — применить на практике знания и навыки, полученные на первом году обучения: примерка роли физического терапевта в действии.

Начинается практика с недельной предварительной подготовки (пре-клиника). Проводится на учебной базе студентами 3 курса. Цель пре-клиники — снятие напряжения и волнения перед реальной клиникой, обмен опытом, повторение и отработка навыков, развитие клинического мышления. Это также полезно для студентов третьего курса.

Далее — практика на клинических базах.

Оценка практики проводится с помощью критериев PPIMS (Physiotherapy Placement Information Management Service) для 1 уровня + знакомство студентов с данной системой оценки.

Уровень 2

Две шестинедельные практики в марте (Практика 2) и в июне (Практика 3) непосредственно на клинических базах.

Цель — углубить профессиональную компетенцию и понимание физической терапии, профессиональные навыки и навыки принятия решений. Студент должен участвовать в менеджменте случая



Рабочая группа (слева-направо): Терентьева И. Г. — СПбГУФК имени П. Ф. Лесгафта, преподаватель кафедры Гидрореабилитации и ТФСД, Аксенова О. Э. — СПбГУФК имени П. Ф. Лесгафта, зам. декана факультета АФК, Chris Bithell — декан факультета здравоохранения и социальной помощи Кингстонского университета св. Георгия, Lester Jones; Teresa Horgan — клинические координаторы практик от Кингстонского университета св. Георгия, Платонова О. В. — врач-педиатр высшей категории.

от начала до конца. Студентам требуется руководство только на первых порах.

Для оценки используются PPIMS-критерии для второго уровня; клиническое портфолио используется только для Практик 1 и 2.

Студенты 3 курса

Уровень 3

Две шестинедельные практики в ноябре (Практика 4) и январе (Практика 5) и одна четырехнедельная практика в мае (Практика 6).

Цель — дальнейшее развитие способности практиковать эффективно и независимо. Студент должен стать независимым, автономным практиком, способным продемонстрировать клиническое мышление, выбор методов лечения и менеджмента для различных пациентов в развернутой клинической среде с применением навыков, полученных за 3 года обучения.

Для оценки используются PPIMS-критерии для третьего уровня и клиническое портфолио.

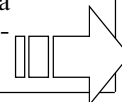
II. Оценка клинической практики

1. Клиническое портфолио (дневник практики)

Клиническое портфолио ведется студентом.

Цель — развить такие навыки, как рефлексивное мышление, клиническое мышление, и способствовать непрерывному профессиональному совершенствованию в течении всей жизни.

Клиническое портфолио — это запись клинического опыта студента, содержит новую информацию, которую студент собрал во время практики. Оно отражает опыт удачный и неудачный, помогает анализировать значимые события. При этом это не фактические детали практики, а размышления о процессе обучения и о том, как это повлияло на прохождение практики студентом. Клини-



ческое портфолио — это часть оцениваемой работы, которая влияет на клиническую практику. Оно может оцениваться частями. Мысли и опыт, которыми студент не хочет делиться, могут быть изъяты из портфолио на время оценки.

Студент получает руководство (методическое пособие) по ведению и заполнению клинического портфолио с примерами для студентов 2 и 3 уровня.

Клиническое портфолио содержит:

1. Анализ сильных и слабых сторон (запись в спец. форме — одна с каждой практической базы. SWOT Analysis: Strength-Weakness-Opportunities-Threats): Strength (сильные стороны) — что я делаю действительно хорошо; Weakness (слабые стороны) — в чем я не очень силен; Opportunities (возможности) — какие возможности существуют, чтобы помочь мне достигнуть цели; Threats (что мешает) — какие мои действия мешают прогрессу. Подумать в свете окружающей обстановки, ресурсов, людей.

2. Учебный план (контракт) (запись в спец. форме — одна с каждой практической базы). Он необходим, чтобы помочь студенту и клиническому персоналу выявить индивидуальные потребности и планировать практику; составляется студентом и согласовывается с клиническим супервизором.

Учебный контракт включает разделы:

— чему планирует научиться студент на данной базе (составляется в соответствии с потребностями, выявленными на предыдущей базе);

— как (ресурсы и стратегии);

— оценка достигнутого (как определить, что цель достигнута).

Составляется по направлениям: навыки межличностных отношений, профессионализм, клиническое мышление, менеджмент, безопасность (одна или несколько целей по каждому направлению).

Важная деталь! Оценка достигнутого проводится дважды. В середине практики и по окончании. Оценка в середине практики дает возможность выявить проблемы и предпринять действия по их устранению.

3. Введение, основанное на предыдущем опыте (не более 200 слов).

4. Короткие комментарии по поводу обучения на клинической базе (максимум одна страница за каждую неделю).

5. Анализ значимых событий (запись в спец. форме — две с каждой базы).

Анализ включает:

— описание события — что сделал студент;

— почему;

— что было сделано хорошо;

— что может быть сделано лучше;

— что бы сделал теперь студент по-другому в похожей ситуации;

— описание чему научил данный опыт.

6. Аннотации к литературе (обзоры статей — максимум 250 слов про каждую, максимум 5 ста-

тей с каждой базы)

7. Дневник навыков (запись в спец. форме, включая оценку риска).

Разделы: перемещение пациентов и ручное обращение; лечебные упражнения; ручные техники; электротерапия.

Сорок процентов проверяется к концу второй, и больше восьмидесяти процентов к концу пятой практики.

8. Оценка обучения (запись в спец. форме — одна форма в год, включающая анализ по различным направлениям — 7 для студентов 2 курса и 8 для студентов 3 курса).

Оценка содержит ответы на вопросы:

— чему научился;

— как научился;

— как можно это применить;

— что еще необходимо усовершенствовать (в данном направлении).

Все это сдается в виде бумажных и электронных копий.

2. Оценка студентов по PPIMS-критериям

Оценка студентов состоит из 2 частей.

2. 1. Часть 1 оценки клинической практики

Оцениваются 4 области:

1. Навыки межличностных отношений.

2. Профессионализм.

3. Клиническое мышление.

4. Лечение и менеджмент.

Оценка дается по стобальной системе, в соответствии с ожидаемыми результатами обучения. Критерии оценки подробно расписаны для каждой области, они одинаковы для всех уровней обучения. Оцениваемые результаты обучения свои собственные для каждого уровня обучения.

Ключевой момент! *Использование промежуточной оценки (в середине практики), которая помогает подкорректировать прохождение практики.*

2. 2. Часть 2 оценки клинической практики

Посвящена вопросам безопасности и профессиональному поведению. Эта часть оценки может аннулировать результаты по первой части. Часть 2 оценивается в форме — зачет/незачет. Незачет по этой части означает незачет по всей практике. Оцениваются две области:

2. 2. 1. Безопасность

Незачет: Студент не применяет знания установленных в отделении правил безопасности и сохранения здоровья при работе с пациентами (например, инфекционный контроль, правила передвижения и физического обращения/ контактов).

Он не осознает или игнорирует противопоказания в лечении. Не информирует преподавателя о неблагоприятных факторах и т. д.

2. 2. 2. Профессиональное поведение

Студенты — члены Зарегистрированного общества физических терапевтов должны выполнять



Правила профессионального поведения.

Незачет: Поведение не соответствует Правилам профессионального поведения. Незнание Правил. Постоянно опаздывает, срывает встречи и назначенные процедуры. Не ведет положенных записей. Не уважает право пациента на конфиденциальность. Неопрятность в одежде или несоблюдение личной гигиены. Может не оправдать взаимного доверия и уважения, необходимого для терапевтически успешных взаимоотношений. Упорствует в непрофессиональном поведении, несмотря на устные инструкции и/или предупреждения.

В заключении даются общие комментарии и общее впечатление, высказанные как преподавателем по практике, так и студентом. Перед тем, как комментарии будут внесены в документ, они должны быть обсуждены преподавателем и студентом.

III. Организация клинической практики

Каждая база должна предоставить вводные, ознакомительные материалы задолго до практики.

Клинические преподаватели имеют учебный план, чтобы знать уровень подготовки студентов (что ими уже освоено) и четкие критерии для оценки студентов по четырем областям (см. выше) в зависимости от ожидаемых результатов на разных уровнях практики.

Куратор практики проверяет студента на каждой базе. Он обсуждает практику со студентом и преподавателем по практике.

Студент имеет руководство по клинической практике, где подробно расписано, как составляется учебный план, как ведутся другие записи, вся информация про портфолио и т. д.

Студент самостоятельно составляет учебный план для каждой клинической базы с учетом ожидаемых результатов обучения на каждом уровне (они указаны в руководстве по практике), пройденного материала, личных потребностей и возможностей базы.

Преподаватель практики знакомится с планом, анализирует результаты обучения, ожидаемые студентом на данной практике. На основании этого организовывается учебный процесс. Преподаватели по практике составляют программу деятельности для студентов, чтобы максимально использовать возможности для обучения в каждой отдельной клинической среде.

Преподаватель должен определить доступные ресурсы, помочь студенту интегрироваться в работу отделения, обговорить рабочие часы. Он отвечает за ежедневный менеджмент практики, дает оценку работе студента. В случае возникновения проблем преподаватель должен связаться с куратором практики.

Студенты должны все время находиться под наблюдением, и иметь возможность связаться с преподавателем. Студенты третьего года требуют меньшего внимания, т. к. подразумевается, что к концу курса у них разовьется профессиональная компетентность и уверенность в себе. Студент обязан обсуждать все предлагаемые процедуры и любые изменения назначений, чтобы гарантированные требования были соблюдены. Если преподаватель покидает зону практики, студент прекращает лечение, но может заняться иными учебными делами (читать ис-

тории болезни, книги, документы).

Клинический координатор проверяет перечень практик всех студентов на протяжении всего курса, чтобы удостовериться, что каждый студент прошел практику в основных областях (кардиореспираторной, неврологической, костно-мышечной и т. д.)

Некоторые личные наблюдения российских специалистов за студентами второго и третьего курса Университета св. Георгия на различных практиках

Прежде всего, поражает ответственность студента за процесс обучения. Университет и клинические базы предоставляют возможность, а студент максимально их использует. Перед студентом ставятся определенные задачи (ожидаемые результаты обучения), которые он должен достичь в процессе обучения в целом и при прохождении отдельных практик в частности. Студенты максимально эффективно используют управляемые часы и часы для независимой работы (бесконтактные часы), т. к. ориентированы на достижение целей. Используется студенто-ориентированный подход.

При наблюдении за студентами третьего курса на Практике 4, хочется отметить уверенное и независимое поведение во всех ситуациях: при общении с супервизорами, при взаимодействии с пациентами и другими членами междисциплинарной команды. Общение ведется на профессиональном языке с использованием специальной терминологии, а при общении с пациентами используются простые, доступные как вербальные, так и невербальные способы коммуникации.

Все студенты хорошо знакомы с организацией работы отделения, хорошо подстраиваются под специфику отделения, но постоянно держат в курсе своего преподавателя. При этом не преподаватель бежит за студентом, а студент в нужных случаях информирует и обращается за помощью. Студент 3 курса выкладывает вполне независимым, компетентным специалистом. Он может продемонстрировать свои знания и клиническое мышление при оценке пациентов, выборе стратегий вмешательства, ведении записей, а также применять навыки и умения. Нам постоянно хотелось спросить, действительно ли это еще студенты.

Мы видели, как студенты выполняют различные техники и могли наблюдать весь процесс их отработки, начиная с учебных случаев, затем в учебных классах, ассистирование старшим физическим терапевтам, и, наконец, применение в работе с реальным пациентом под наблюдением супервизора и самостоятельно. При этом на всех этапах соблюдается безопасность, как для пациента, так и для студента.

В процессе обучения используются различные стратегии — это работа в малых группах (различные варианты), метод «открытый», привлечение студентов старших курсов для обучения студентов младших курсов и многое другое.

Большое значение для успешного обучения имеют доступные ресурсы. Мы познакомились с работой библиотеки, компьютерного зала, с возможностью неограниченного доступа в Интернет, с оборудованием учебных классов и клинических баз различными пособиями и информационными материалами.

Многое из увиденного может успешно применяться при прохождении практики нашими студентами.

Технологии психологического тренинга в профилактике наркозависимости молодежи

А. Г. Грецов,
РГПУ им. А. И. Герцена,
Санкт-Петербург

Актуальность профилактики приобщения современной российской молодежи к злоупотреблению психоактивными веществами несомненна. Рост числа наркозависимых, особенно среди молодежи, принял угрожающий характер. По результатам экспертных оценок, в России как минимум 7-7,5 миллионов человек страдают наркотической зависимостью, и это число стабильно увеличивается, что ставит под угрозу национальную безопасность страны. Поскольку лечебные мероприятия при сформированной физиологической и психологической зависимости от наркотиков крайне неэффективны (по данным ВОЗ, стойкая ремиссия наблюдается не более чем у 5% пациентов), особенно актуальным представляется повышение эффективности и широкое внедрение технологий первичной профилактики приобщения к злоупотреблению психоактивными веществами. Так как более 70% наркозависимых впервые приобщаются к этому в подростковом и раннем юношеском возрасте, основные усилия должны быть направлены на профилактические мероприятия с подростками.

Обобщая российский и мировой опыт, можно выделить **несколько подходов к профилактике наркозависимости:**

1. Информационный подход: распространение сведений о негативных последствиях употребления наркотиков для личности и общества, деструктивном характере и опасности такого поведения.

2. Трактовка наркотизации как следствия проблемности и неразвитости эмоциональной сферы личности, направленность профилактических мероприятий на выработку навыков рефлексии и саморегуляции аффективных явлений, развитие т. н. «эмоционального интеллекта».

3. Трактовка наркотизации как следствия неразвитости жизненных навыков, неумения конструктивно справляться с проблемами, направленность профилактических мероприятий на формирование таких умений и навыков.

4. Акцент на влиянии социальных факторов. Профилактические программы в рамках этого подхода направлены на выработку умения противостоять негативному влиянию социального окружения, нормализацию отношений детей и подростков со сверстниками и со взрослыми.

5. Укрепление в глазах молодежи ценности здоровья как источника жизненного благополучия, формирование потребности в поддержании здорового образа жизни.

6. Приобщение молодежи к видам деятельности и к жизненным ценностям, несовместимых с употреблением психоактивных веществ (например, движение «Спорт вместо наркотиков»).

Первый из перечисленных подходов получил наибольшее распространение, практически вся методическая литература по данной проблеме базируется

именно на таких позициях. Однако подход не оправдывает возложенных на него ожиданий, его результативность вызывает серьезные сомнения; различия между процентом приобщившихся и не приобщившихся к наркотикам среди подростков, проходивших и не проходивших такое «антинаркотическое обучение», обычно находятся в пределах статистической ошибки. Это обусловлено рядом причин. Во-первых, знания без личностной вовлеченности еще не ведут к формированию желательного поведения и не тормозят нежелательного (да и трудно встретить подростка, не знающего об опасности для здоровья наркотиков, алкоголя и табака даже без всяких «просветительских лекций»). Во-вторых, предоставляемая в рамках этого подхода информация о наркотиках заведомо неполная: раскрывает только объективно отрицательные последствия их употребления, игнорируя связанные с ними субъективно положительные переживания. Как следствие, соответствующая информация не вызывает доверия подростков и не дает им возможности критически относиться к информации противоположного содержания, исходящей от лиц, материально заинтересованных в увеличении количества наркозависимых. В-третьих, в рамках такого подхода не формируются формы активности и сферы интересов, альтернативные употреблению наркотиков. Сказанное не отрицает возможность и необходимость информирования молодежи о негативном действии наркотиков, однако это целесообразно рассматривать скорее как побочную задачу профилактических мероприятий, чем как основу их содержания.

Подходы №2-4 являются перспективными, однако носят до-

вольно частный характер, будучи основанными на конкретных гипотезах о причинах приобщения подростков к наркотизации и предлагая соответствующие стратегии профилактической работы. Но причины приобщения к наркотикам многообразны, в той или иной степени они включают в себя все рассматриваемые аспекты: затруднения в эмоциональной сфере, неумение решать конструктивными способами проблемы во взаимодействии с другими людьми и, шире, с окружающим миром, неблагоприятное воздействие социального окружения и неумение противостоять влиянию лиц, склоняющих подростков к наркотизации. В большинстве случаев эти неблагоприятные факторы действуют комплексно. Поэтому **наибольшей эффективности можно ожидать от такой профилактической работы, которая позволит параллельно решать несколько групп задач:**

□ Развитие навыков рефлексии и саморегуляции эмоциональных состояний, конструктивного выражения своих эмоций.

□ Повышение уровня коммуникативной компетентности, выработка умения решать проблемы в общении.

□ Выработка уверенного поведения, умения отстаивать свои интересы и противостоять негативному влиянию социального окружения.

□ Формирование сплоченного коллектива, разделяющего просоциальные ценности.

Подходы №5-6 не базируются на какой-либо конкретной гипотезе о причинах приобщения подростков к наркотикам, а являются, по сути, антагонистической профилактикой, попыткой **сформировать систему ценностей и интересов, в которых нет места наркотикам** (пропаганда

идей здорового образа жизни, спорта, туризма, активного отдыха и т. д.). Такие меры необходимы, однако они тоже не могут выступать как единственный способ профилактики, поскольку не учат подростков конструктивно решать те психологические и социальные проблемы, от которых они пытаются уйти путем злоупотребления психоактивными веществами.

Таким образом, наибольшего эффекта можно ожидать от такой технологии профилактической работы, которая позволяет комплексно решать отмеченные выше задачи, а также способствует формированию мотивационно-потребностной сферы личности и, сама по себе являясь для подростков источником интереса и положительных эмоций, выступит в качестве области деятельности, несовместимой с употреблением психоактивных веществ. Указанным требованиям в наибольшей степени отвечают технологии психологического тренинга как **активного социально-психологического обучения, основанного на моделировании жизненного опыта в межличностном взаимодействии**. При разработке тренинговых технологий профилактики наркозависимости молодежи мы исходили из следующих положений:

Фиксация содержания программ на обсуждении наркотиков и их действия, даже в негативном ключе, не отвечает профилактическим задачам; более того, оно может оказать действие, обратное желаемому, поскольку в итоге не исключено создание ложного и крайне опасного представления о социальной приемлемости подобного поведения. Если же информация подается в жанре запугивания, подчеркивания опасности наркотиков, многие подростки начинают рассуждать по принципу «Видимо, наркотики действительно дают огромное блаженство, раз люди готовы из-за них так сильно рисковать!», что отнюдь не отвечает решению профилактических задач. Более продуктивно затрагивать тему наркотиков вскользь, в контексте обсуждения других жизненных проблем, и трактовать их употребление как деструктивное последствие незрелости личности, неумения справляться с проблемами.

Содержание программ должно

быть релевантным, т. е. отвечающим актуальным потребностям подростков и их жизненному опыту. Большинство подростков не имеют актуальной потребности узнать как можно больше о вреде наркотиков, подобные знания их практически не интересуют и не интегрируются в их жизненный опыт (есть основания полагать, что игнорирование этого факта — главная причина низкой эффективности большинства профилактических программ). Для них актуальны совершенно другие потребности: в частности, повысить свой статус в глазах сверстников, стать более уверенными в себе, научиться решать конфликты со сверстниками и со взрослыми, сделать свою жизнь более интересной и насыщенной положительными событиями, лучше узнать самих себя. И у некоторых из них создается ложное впечатление, что подобные потребности могут быть удовлетворены путем принятия психоактивных веществ. Профилактические программы должны апеллировать к таким потребностям, раскрывать возможность их удовлетворения в конструктивной форме и невозможность достижения жизненных целей путем употребления психоактивных веществ.

Обучение должно носить активный характер, поскольку это является важным условием формирования знаний и умений, воспринимаемых молодыми людьми как имеющими непосредственное отношение к их личности и реально используемыми для саморегуляции поведения. Поэтому в качестве главных методов таких занятий рассматриваются методы активного социально-психологического обучения: интерактивные игры и групповые дискуссии.

Принципиально важным представляется **обеспечение легкой транслируемости разрабатываемых технологий.** Они могут быть широко внедрены только в том случае, если будут допускать возможность работы в качестве ведущих не только психологов, но и других специалистов (учителей, спортивных тренеров, социальных педагогов), изучивших соответствующую методическую литературу. В связи с этим при разработке тренингов учитываются такие моменты:

□ Высокая технологичность

работы: детальная разработка алгоритма проведения каждого упражнения и его обсуждения.

□ Модульный принцип построения программ, каждый фрагмент которых представляет собой автономное, относительно завершенное в структурном и смысловом отношении образование и, будучи освоен ведущим, может использоваться в самых разных контекстах.

□ Опора на непосредственный развивающий потенциал тренинговых упражнений, а не на те взаимоотношения, которые складываются между участниками в процессе занятий (этим предлагаемые программы отличаются от большинства тренингов психотерапевтической направленности).

С учетом указанных требований создан ряд тренинговых программ, рассчитанных на работу в подростковых и молодежных группах. Каждая из них включает последовательность тематически подобранных упражнений для групповой работы, которые могут проводиться как единым блоком, так и включаться в виде краткосрочных фрагментов в состав учебных занятий, спортивных тренировок, воспитательных мероприятий.

Программы посвящены следующим темам:

□ Развитие уверенности в себе.

— Обучение эффективной коммуникации.

□ Развитие креативности, обучение действовать в ситуациях неопределенности.

□ Выработка навыков саморегуляции поведения и эмоциональных состояний.

□ Сплочение команды.

Подробное описание разработанной технологии приведено в серии учебно-методических пособий А. Г. Грецова, изданных под общей редакцией С. П. Евсеева в СПб НИИ физической культуры в рамках реализации Федеральной целевой программы «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005-2009 годы».

Все материалы доступны также по Интернет-адресу:

<http://sportvmestonarkotikov.blogspot.com/>

Содержание журнала «Адаптивная физическая культура» в 2006 г.

«Научные исследования»

Абалян А. Г.	От Рима к Пекину. Из истории летних Паралимпийских игр	4(28) 4 стр. обложки
Андриянова Е. Ю.	Механизмы снижения и восстановления адаптационных возможностей у больных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника	1(25) 26
Ахмадеев Р. Р.	Адаптация к краткосрочной гипоксии: психофизиологические аспекты	3(27) 53
Ашкинази С. М., Климов К. В., Кочергин А. Н., Шестак С. А., Чумляков А. П.	Проблема снижения травматизма на занятиях и детско-юношеских соревнованиях по рукопашному бою и комплексным единоборствам	4(28) 16
Бакулев С. Е., Павленко А. В.	Тхэквондо как основа методики психофизической реабилитации инвалидов с поражениями верхних конечностей	1(25) 20
Баряев А. А.	Применение элементов спортивных игр в процессе физического воспитания учащихся с ЗПР в возрасте 12 – 15 лет	3(27) 55
Быковская Е. Ю.	О развитии скорости ходьбы ДЦП-детей под воздействием онтогенетической гимнастики и фиксационного массажа	3(27) 39
Быковская Е. Ю., Жуковский Ю. Г.	Адаптивная онтогенетическая гимнастика для физической терапии детского церебрального паралича	4(28) 35
Быковская Е. Ю., Жуковский Ю. Г.	Фиксационный массаж для физической терапии детского церебрального паралича	4(28) 36
Горелов А. А., Шипкова Т. А.	Асаны индийской хатха-йоги как средство адаптивной физической культуры для лиц с нарушениями осанки	3(27) 48
Горулев П. С., Ходосевич Г. В.	Здоровьесберегающие технологии в процессе подготовки женщин в скоростно-силовых видах спорта	3(27) 45
Дмитриев С. В.	Биомеханика «живых движений» в сфере спорта и адаптивной физической культуры: современный дискурс	1(25) 2
Дрожжина Л. А.	Программа физической реабилитации сколиотической болезни	4(28) 22
Евсеев С. П., Корчагина Г. А., Малинина Е. В.	Изучение распространенности употребления наркотических и других психоактивных веществ среди студенческой молодежи Санкт-Петербурга	4(27) 20
Егорова С. А., Смирнова О. Н., Егоров Н. А.	Реабилитация детей с коагулопатиями методами лечебной физкультуры и массажа	1(25) 14
Знаменская С. И.	Особенности психических состояний у беременных с угрозой невынашивания беременности	4(28) 31
Коновалова Н. Г., Ковалева С. А., Архипова О. М.	Влияние иппотерапии на работу внутренних органов детей, страдающих детским церебральным параличом	3(27) 61
Кузнецова В. А.	Метод биоакустической коррекции в лечении функциональных расстройств ЦНС	4(28) 59
Курдыбайло С. Ф., Герасимова Г. В., Павлова С. П.	Использование метода биологической обратной связи в процессе реабилитации детей с дефектами верхних конечностей	3(27) 32
Луткова Н. В., Минина Л. Н.	Оптимизация подготовки будущих специалистов по АФК средствами спортивных игр на основе рефлексии	4(28) 26
Маргазин В. А., Носкова А. С., Горбакова Н. Ю.	Антидепрессантные свойства лечебной физкультуры	1(25) 7
Мелентьева Л. М.	Организация адаптивного физического воспитания, физической реабилитации в условиях дошкольного общеобразовательного учреждения коррегирующего типа	4(28) 24
Мишарина С. Н.	Мотивационная сфера паралимпийцев	2(26) 6
Немкин В. В., Щербина Ф. А.	Особенности вегетативной регуляции у детей, страдающих умственной отсталостью и задержкой психического развития, занимающихся легкой атлетикой	3(27) 41
Никитин С. Н.	Геометрическая интерпретация модели центральной нервной системы спортсмена в процессе управления его двигательными действиями	2(26) 14
Новичихина Е. Н., Хода Л. Д.	Исследование влияния игровой деятельности в адаптивной двигательной рекреации на психофизическое развитие незлышащих детей 8 – 11 лет	2(26) 26
Орехов Е. Ф., Пигалова Л. В.	Методика целостного подхода к воспитанию подростков отклоняющегося поведения	1(25) 22
Поликарпова О. А., Павлидис Т.	Технология профилактики нарушений осанки во фронтальной плоскости у детей младшего школьного возраста на основе индивидуального подхода	4(28) 57
Потапчук А. А., Волосникова Т. В.	Бодраящая гимнастика как средство коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата у дошкольников	2(26) 30
Саяпов Р. С., Чубуков А. С., Артеменко Е. П.	Использование элементов спортивной тренировки в восстановлении физической работоспособности лиц трудоспособного возраста после переломов бедра	4(28) 28
Соловьева Т. В.	Оздоровительно-коррекционная направленность занятий физическими упражнениями с дошкольниками, имеющими нарушения речи	3(27) 57
Солодков А. С., Маслова И. Б.	Воздействие аэробных фитнес-нагрузок умеренной интенсивности на некоторые биохимические показатели у больных гипотиреозом и сахарным диабетом	2(26) 37
Солодков А. С., Талибов А. Х., Марченко С. П.	Влияние различных режимов физических нагрузок на динамику функции и ремоделирование сердца у спортсменов	4(28) 10
Теленков Д. В.	Отношение студентов, осваивающих специальность «Адаптивная физическая культура» к учебной и спортивной деятельности	3(27) 44

Толмачев Р. А.	Патология органа зрения и выбор нагрузок для слепых и слабовидящих при занятиях адаптивным спортом	3(27) 28
Франченко А. С.	Техническое совершенствование высококвалифицированных пловцов с поражением опорно-двигательного аппарата	4(28) 7
Черноус В. В., Калядин О. С., Лошкобанов Е. А., Князев В. М., Засв П. И.	Состояние здоровья призывного контингента на современном этапе и концептуальные основы заблаговременного формирования волевых качеств и военно-прикладных навыков у будущих защитников Отечества	4(28) 14
Шарова Л. В.	Сравнительный анализ эффективности традиционных и инновационных технологий на примере цервикальной дорсопатии	1(25) 28
Юй Те, Костюченко В.	Профилактика травматизма при использовании бега в качестве средства лечебной физической культуры	4(28) 18

«События, факты»

Аксенова О.Э.	Подготовка физических терапевтов в Великобритании	1(25) 40 и 3-я стр. обл.
Евсеев С. П.	Триумф российских спортсменов на IX зимних Паралимпийских играх	2(26) 40, 1-я и 4-я стр. обложки
Ерохина М. С.	Возможно, есть виды спорта лучше, чем парусный, ...но на других планетах	3(27) 3-я стр. обл.
Ильин В. А.	От Дублина до Шанхая. Итоги всероссийских специальных Олимпийских игр по плаванию 2006 г.	3(27) 4-я стр. обложки
Кораблев С. В.	III Всероссийская универсиада студентов АФК	1(25) 11
Кораблев С. В.	Я их обожаю... О 100-летию российского баскетбола, ветеранах и адаптивном спорте	4(28) 62
Коротков К. Г.	Визит в Венесуэлу	1(25) 2-я стр. обложки
Мутко В. Л.	Специальному олимпийскому комитету Санкт-Петербурга 15 лет!	2(26) 19
	Новые публикации	1(25) 10, 11
	Новые публикации	4(28) 9
	Оздоровительному конному центру «Солнечный остров» 10 лет!	3(27) 5
Потапчук А. А.	Учредительное собрание	1(25) 4-ая стр. обложки
Рогозкин В. А., Ахметов И. И.	Спортивная наука на пути к Пекину 2008. Заметки с 11-го конгресса Европейского колледжа спортивных наук	3(27) 2
Рябцев С. М.	Безграничные возможности активной рекреации	4(28) 49
Сахибзадаева Г. Р.	Всероссийский фестиваль по спортивному туризму среди людей с ограниченными жизненными возможностями	1(25) 37
Таймазов В. А.	110 лет Санкт-Петербургскому государственному университету им. П. Ф. Лесгафта	4(28) 2
	Турнир на кубок РФС	2(26) 29

«Образование»

Аксенова О. Э., Малинина Е. В.	Использование активных методов обучения при подготовке специалистов по адаптивной физической культуре	3(27) 2-я стр. обложки и 13
Аксенова О.Э.	Электив: Реабилитация лиц пожилого возраста в геронтологии	2(26) 3
Анцыперов В. В.	Повышение эффективности формирования двигательного навыка у детей	1(25) 18
Барабаш О. А.	Педагогическое тестирование знаний по предмету «физическая культура» учащихся 5-9 класса, с умственной отсталостью	1(25) 16
Барабаш О. А.	Технология оценки технической подготовленности школьников с умственной отсталостью (на примере оценки техники легкоатлетических видов).	3(27) 23
Барабаш О. А.	Оценка уровня технической подготовленности школьников с умственной отсталостью (на примере оценки освоения техники волейбола и баскетбола)	4(28) 31
Горина Е. В., Фомина Н. А.	Физкультурно-оздоровительная методика для детей дошкольного возраста на основе ритмической дыхательной гимнастики Стрельниковой А. Н.	4(28) 44
Дмитриев С. В.	«Стартовое развитие» предметных движений ребенка (дискурс-анализ проблемы для специалистов по адаптивной педагогике)	2(26) 15
Евсеев С. П., Филиппов С. С., Мальшев А. И.	Некоторые итоги реализации образовательной программы по специальности «Адаптивная физическая культура» на заочном отделении в СПбГУФК им. П. Ф. Лесгафта	4(28) 4
Ермаков С. Н.	Профессионально-ориентированная физическая подготовка учащихся специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида	4(28) 37
Малозёмов О. Ю.	Соотносимость категорий физическая культура и качество жизни учащихся (аспект здоровьесбережения при социализации).	3(27) 16
Пигалова Л. В., Орехов Е. Ф.	Педагогическая диагностика уровня профессионально-педагогической готовности специалистов физкультурного образования к работе с подростками отклоняющегося поведения	3(27) 37
Попов В. А.	Адаптационно развивающая физическая подготовка как средство профилактики травматизма	2(26) 20
Попов Г. Н., Мингажев М. Б.	Анализ влияния результатов внедрения образовательных программ реализации адаптивного физического воспитания детей с особыми образовательными потребностями	4(28) 54
Потапчук А. А.	Модуль: Здоровый образ жизни	2(26) 2
Потапчук А. А.	Обучение физического терапевта в Финляндии	2(26) 25
Рамми аль де Кес Юсеф	Содержание и методика применения оздоровительного плавания при структурно-функциональных нарушениях позвоночника	3(27) 60

Романов Е. А.	Сохранение и укрепление здоровья школьников средствами физической культуры в экстремальных условиях Северо-востока России	4(28) 60
Сидорова Т. В., Волосникова Т. В.	Адаптивное физическое воспитание и двигательная рекреация дошкольников в условиях современной экологической ситуации	3(27) 27
Тимошина И. Н., Купцов И. М., Батиевская А. В.	Влияние ритмической гимнастики на физическую подготовленность детей старшего дошкольного возраста и детей с задержкой психического развития	3(27) 20
Тимошина И. Н., Купцов И. М., Парфенова Л. А.	О физкультурном образовании учащихся, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе	2(26) 22
Федякин А. А., Скорик Н. В., Федякина Л. К.	Содержание и организация практик будущих специалистов по адаптивной физической культуре	1(25) 24
Хисматуллин С. А.	Модели дистанционного обучения	3(27) 59

«Наш опыт»

Гончарова С. Ю., Боженко А. А.	Социализация личности ребенка с особыми образовательными нуждами	2(26) 39
Гросс Н. А., Гросс Ю. А.	Современные подходы к развитию двигательных навыков у детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и ДЦП	4(28) 2-я стр. обл. и 46
Губина О. С.	Пешком по Восточным Саянам. Путевые заметки с Всероссийской туриады 2005 года среди инвалидов	1(25) 32
Каленик Е. Н., Клименко О. Е.	Водный туризм как спортивная школа лидерства и реабилитации инвалидов	4(28) 50
Кокоулина Т. В., Красильникова Л. В.	Организация психолого-педагогической практики	2(26) 39
Наумов А. А.	Особенности подготовки специалистов по адаптивной физической культуре в рамках среднего профессионального образования	2(26) 39
Новичихина Е. Н., Хода Л. Д.	Особенности методики обучения подвижным играм незрячих детей младшего школьного возраста	3(27) 9
Павлова Е. А., Чиковани М. В.	Профилактика бессонницы	4(28) 13
Плешкань А. В.	Значение организации физкультурно-массовых и культурно-спортивных мероприятий в профессиональной подготовке специалистов по адаптивной физической культуре	1(25) 12
Пригода Г. С.	Принципы сетевого маркетинга в сфере физкультурно-оздоровительных услуг для лиц с ограниченными возможностями здоровья	3(27) 31
Самсонова А. В., Алёхина Е. О.	Критерии подбора компьютерных тестирующих программ-оболочек	3(27) 19
Смирнов Ю. А., Мельникова Г. Н.	Методика комплексного закалывания детей дошкольного возраста	4(28) 25

«Expert.exe»

Важенин С. А., Горелов А. А., Миронов В. В.	Адаптивная физическая культура в структуре системы физической культуры	2(26) 35
Воронин С. Э.	Правовое пространство адаптивной физической культуры	4(28) 56
Грецов А. Г.	Роль игры в психологических тренингах со старшеклассниками и студентами	1(25) 30
Евсеев С. П.	Зимние Паралимпийские игры: тридцатилетний путь и перспективы	2(26) 9, 2-я и 3-я стр. обложки
Евсеев С. П.	Мировое паралимпийское движение и социальные процессы	4(28) 3
Питкин М., Евсеев С., Щербина К., Смирнова Л., Маслов Н.	Биомеханический подход к классификации в вертикальном хоккее инвалидов	3(27) 14
Сайкина Е. Г.	Использование средств детского фитнеса в физическом воспитании детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья	2(26) 32
Сайкина Е. Г.	Профилактика и коррекция нарушений осанки средствами лечебно-профилактического танца	3(27) 6
Юсупов В. В., Чермянин С. В., Федосенко Е. В.	Диагностика риска наркомании в студенческой среде	3(27) 56

«Здоровье»

Погудин С. С., Юшин А. Б.	Диагностика и коррекция психосоматического развития детей первого года жизни с перинатальным поражением центральной нервной системы	3(27) 49
---------------------------	---	----------

«История»

	Содержание журнала «Адаптивная физическая культура» в 2005 г.	1(25) 38
--	---	----------

Адаптивная Физическая Культура

Для писем: СПбГУФК им. П.Ф. Лесгафта (для журнала «АФК»)
ул. Декабристов, 35 Санкт-Петербург, 190121, Россия
Главный редактор — С.П. ЕВСЕЕВ доктор педагогических наук, профессор, директор СПбНИИФКа,
декан факультета «Адаптивной физической культуры», заведующий кафедрой
«Теории и методики адаптивной физической культуры»
СПбГУФК им. П.Ф. Лесгафта (учредитель)
Отпечатано в типографии «Галейя Принт». Тираж 1000 экз.



УНИВЕРСИАДА АФК - 2006

IV Всероссийская универсиада студентов АФК в 2006 году впервые за свою историю сменила прописку и несколько видоизменила свой статус. В этот раз участники собрались в Москве, на базе Российского государственного университета физической культуры, спорта и туризма, а соревнования стали органической частью Общероссийского антинаркотического спортивно-образовательного мероприятия среди подростков и молодежи. Впрочем, программа спортивных состязаний не претерпела изменений. По-прежнему юноши и девушки, осваивающие специальность «Адаптивная физическая культура», оспаривали личное и командное первенство в радиальном баскетболе, гонках на колясках, беге с лидером и в хоккее на полу. На финальные старты в Москве были допущены сборные команды 32 вузов, победители предварительных этапов. Они представляли такие города как Омск, Киров, Сургут, Санкт-Петербург, Шуя, Липецк, Екатеринбург, Воронеж, Чита, Смоленск, Великие Луки, Сочи, Москва, Набережные Челны, Чайковский, Волгоград, Краснодар, Томск, Ульяновск, Архангельск, Челябинск, Тольятти, Малаховка, Череповец, Елец, Белгород.



Итоговый протокол победителей финальных соревнований

Место	Фамилия и имя участника	№ команды	Наименование команды
Хоккей на полу. Личные соревнования. Девушки			
1	Федосеева Александра	6	СибГУФК (Омск)
2	Вылеглазина Надежда	21	ВелГУ (Киров)
3	Демкина Екатерина	30	СУРГУ (Сургут)
Хоккей на полу. Личные соревнования. Юноши			
1	Николин Сергей	22	ЕГУ им. Бунина (Елец)
2	Кулагин Роман	14	ЧГИФК (Чайковский)
3	Шадрин Семен	14	ЧГИФК (Чайковский)
Хоккей на полу. Командное первенство			
1		4	СПбГУФК им. П. Ф. Лесгафта (СПб)
2		2	ИСПиП (Санкт-Петербург)
3		11	ЛГПУ (Липецк)
Радиальный баскетбол			
1		25	КамГИФК (Набережные Челны)
2		15	ТГУ (Тольятти)
3		2	ИСПиП (Санкт-Петербург)
Гонки на колясках. Личные соревнования. Девушки			
1	Зайцева Елена	19	ТГПУ (Томск)
2	Тремба Елена	8	РГУ (Москва)
3	Ковалева Елена	2	ИСПиП (Санкт-Петербург)
Гонки на колясках. Личные соревнования. Юноши			
1	Киселев Алексей	6	СибГУФК (Омск)
2	Ложчанов Артем	18	ЗГПУ (Чита)
3	Старшинов Денис	31	СочГУИКиД (Сочи)
Гонки на колясках. Командное первенство			
1		11	ЛГПУ (Липецк)
2		12	ВелГАФК (Великие Луки)
3		6	СибГУФК (Омск)
Бег с лидером. Личные соревнования. Девушки			
1	Бычкова Юлия	5	РГУФК-1 (Москва)
2	Филатова Яна	23	РГУФК-2 (Москва)
3	Чернова Виктория	6	СибГУФК (Омск)
	Кучеренко Лариса		
	Федосеева Александра		
	Рылова Юлия		
Бег с лидером. Личные соревнования. Юноши			
1	Дьяченко Юрий	23	РГУФК-2 (Москва)
2	Яковлев Антон	6	СибГУФК (Омск)
3	Рамонсе Батраз	5	РГУФК-1 (Москва)
	Киселев Алексей		
	Ливанов Александр		
	Козлов Алексей		
Бег с лидером. Командное первенство			
1		5	РГУФК-1 (Москва)
2		23	РГУФК-2 (Москва)
3		6	СибГУФК (Омск)



Добрые дела сближают людей

**Сергей Гутников,
Президент Федерации физической культуры и спорта инвалидов Санкт-Петербурга**

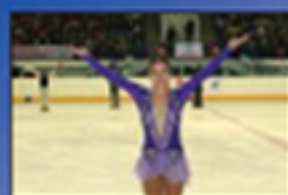
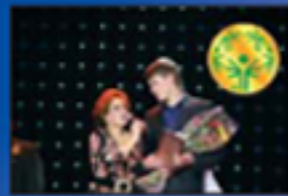
К Международному дню инвалидов, который отмечается 3 декабря, в Петербурге прошел XXII Всероссийский фестиваль «Спорт и творчество». Его организаторами выступили: Специальная Олимпиада России; Комитет по труду и социальной защите населения Санкт-Петербурга; Комитет по физической культуре и спорту СПб; Специальный Олимпийский Комитет СПб.

В фестивале участвовали артисты и спортсмены всех возрастов из коррекционных школ, детских домов, домов-интернатов, семейного физкультурно-творческого клуба «Олимпикс», клуб «Чайка» Васильевского района, специализированные учреждения Курортного района и Центр социальной реабилитации детей и подростков «Поддержка» из Колпина. Приехали дети из дальних краев и весел: Новодинска Архангельской обл. и Саратова. Любители спорта и творчества показывали свои таланты в песенном, музыкальном, хореографическом и декоративно-прикладном искусстве. А зрителями были ровесники, друзья, гости, родственники и соседи, собственно, все близкие люди. Проводились выставки, соревнования, конкурсы, дискотеки, экскурсии.

Открытие фестиваля состоялось в новом здании Академии фигурного катания. Одним из основных мероприятий и украшением фестиваля стало театрализованное представление и гала концерт с участием популярных артистов и 400 специалистов в Государственном Цирке на набережной Фонтанки.

В концертном зале Гигант-колл «Юпитер» 30 ноября был дан Олимпийский бал для участников, друзей и партнеров Специального олимпийского движения. Здесь же по традиции чествовали людей, внесших особый вклад в развитие Специального олимпийского движения. Самой высокой наградой был орден СОК СПб «Честь и благородство». Среди девяти одиозонцов - председатель Комитета по труду и социальной защите населения А. Ржаненков, ректор ГУФК им. П.Ф. Лесгафта, В. Таймазов. Еще 23 человека были награждены золотой медалью.

Меченом фестиваля, генеральным партнером по традиции выступил ЗАО «Метробетон». Да и с другими партнерами так же успешно развивается благородное и перспективное сотрудничество, ведь добрые дела сближают людей.



Такой высокой награды в России пока не было...

С 23 по 27 ноября 2006 года в столице Бельгии и Европейского сообщества в выставочном комплексе «Брюссель-Экспо» у подножья знаменитого Атомиума прошла 55-ая Всемирная выставка изобретений и научных достижений «Брюссель-Эврика-2006». Наивысших наград на Всемирной Выставке были удостоены новые разработки по адаптивной физической культуре, выполненные одними из авторов статей нашего журнала: Заслуженным работником здравоохранения Российской Федерации Екатериной Юрьевной Быковской и лауреатом Государственной премии СССР, профессором Жуковским Юрием Георгиевичем, сотрудниками Института эволюционной физиологии и биохимии имени И. М. Сеченова Российской Академии наук (ИЭФБ РАН).

Всемирная выставка ежегодно организуется и проводится Бельгийской палатой изобретателей и компанией «С. Р. Е. Exhibition» при поддержке Короля Бельгии, Всемирной организации интеллектуальной собственности (WIPO-OMPI — ВОИС), Генеральной дирекции по экономике Комиссии Европейского сообщества, Министерства экономики региона Брюссель-столица (Бельгии и Европейского сообщества), Правительства Валлонии.

Награды за лучшие представленные экспонаты присуждаются Правительством Королевства Бельгия (бельгийские ордена), Выставочным комитетом (золотые, серебряные и бронзовые медали; призы) и Всемирной организацией интеллектуальной собственности (большая золотая медаль за особо выдающиеся заслуги в изобретательской деятельности). Экспонаты оценивают международные комиссии специалистов высокого класса различного научно-технического профиля. Награды — медали, дипломы, призы — высоко ценятся в научных и деловых кругах мира.

В 2006 году на площади более 4 тысяч кв. метров, развернули свои экспонаты нескольких десятков государств. Наибольшие экспозиции представили Россия, Бельгия,

Малайзия, Китай, Польша и Румыния. В Российской экспозиции на стенде ИЭФБ РАН были представлены 14 изобретений в области здравоохранения, из них 8 патентов касались новых методов и устройств для адаптивной физической терапии пациентов с церебральными нарушениями. Посетителям показывали кинофильмы, в которых демонстрировалось насколько эффективны новые методы и устройства при лечении явно безнадежных (по заключению клинических специалистов) детей с диагнозом детского церебрального паралича.

Все достижения, представленные ИЭФБ РАН, были отмечены на Всемирной выставке высокими наградами.

Всемирный комитет интеллектуальной собственности награждает научного сотрудника ИЭФБ РАН Быковскую Екатерину Юрьевну, за выдающуюся изобретательскую деятельность и важный вклад в здравоохранение, Дипломом и Большой золотой медалью «Лучшая женщина-изобретатель» (такой высокой награды в России пока не было).

Правительство Бельгии наградило профессора ИЭФБ РАН Жуковского Юрия Георгиевича Дипломом и Бельгийским орденом Шевалье, за активную изобретательскую деятельность и услуги оказанные научно-техническому прогрессу.

Российские разработки были удостоены одной из главных наград Выставочного комитета Всемирной выставки: Дипломом и Золотой медалью с отличием награжден экспонат ИЭФБ РАН «Новые способы и устройства для лечения и реабилитации пациентов с церебральными нарушениями». (Серия разработок из 8-ми изобретений в области медицины: патенты RU 2 277 895, 2006 г.; RU 2 277 888, 2006 г.; RU 2 277 407, 2006 г.; RU 2 272 609, 2006 г.;



Е. Ю. Быковская
и Ю. Г. Жуковский

Стр. 41



RU 2 272 608, 2006 г.;
RU 2 268 026, 2006 г.;
RU 2 264 202, 2005 г.;
RU 2 260 417, 2005 г.).

Учитывая высокую научно-практическую значимость этой разработки, впервые Выставочный комитет вместе с этой медалью присудил разработчикам дополнительно призовой денежный чек на 1000 евро.

Решением «Федеральной службы по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам» Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И. М. Сеченова Российской Академии наук награжден специальным Дипломом за высокий уровень разработок, представленных на 55-ой Всемирной выставке.