

ISSN 1998-149X

АФК № 3(71), 2017

Адаптивная физическая культура

**АДАПТИВНОЕ
ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ**

АДАПТИВНЫЙ СПОРТ

**АДАПТИВНАЯ
ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕКРЕАЦИЯ**

**ФИЗИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ**

**ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ
ДВИГАТЕЛЬНАЯ
АКТИВНОСТЬ**

**КРЕАТИВНАЯ
ТЕЛЕСНООРИЕНТИРОВАННАЯ
ПРАКТИКА**

Организационно-педагогическое обеспечение развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта

Евсеева О. Э., кандидат педагогических наук, профессор, директор Института адаптивной физической культуры НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный государственный Университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург»

Ключевые слова: обеспечение, развитие, спортивный резерв, паралимпийские виды спорта.

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы обеспечения развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта в Российской Федерации.

Контакт: evseevae@gmail.com



Organizational and pedagogical support for development of the sports background training system in Paralympic sports

Evseeva O. E., PhD, Professor, Director of Institute of adaptive physical training NSU them P. F. Lesgafft, St. Petersburg.

Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «Lesgafft National State University of Physical Education, Sport and Health, St. Petersburg»

Keywords: maintenance, development, sports reserve, Paralympic sports.

Abstract. The article deals with the issues of ensuring the development of the sports reserve preparation system in the Paralympic sports in the Russian Federation.

Достижение впечатляющих результатов нашими паралимпийцами и сурдлимпийцами в крупнейших международных соревнованиях особенно в последнее десятилетие, таких как: зимние и летние Паралимпийские и Сурдлимпийские игры, продемонстрировали большое внимание к адаптивной физической культуре и к одному из её видов – адаптивному спорту со стороны Правительства Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований.

Такое внимание к данной сфере социальной практики инвалидов со стороны государства обусловлено кардинальным пересмотром всей политики в этом направлении, существенным улучшением всех процессов – реабилитации, социализации, повышения уровня качества жизни лиц с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов.

Адаптивный спорт занимает в этих процессах одно из

главных мест. Поэтому не случайно, что в системе адаптивного спорта – паралимпийского и сурдлимпийского – спортсменам обеспечены равные с олимпийцами возможности в научно-методическом, медицинском, медико-биологическом сопровождении спортивных сборных команд страны; в предоставлении паралимпийцам и сурдлимпийцам современных спортивных снарядов и инвентаря, использовании современных технологий подготовки атлетов, в выплатах точно такого же материального вознаграждения за победы на крупных международных соревнованиях, как олимпийцам и др.

Безусловно, все то, что привело к успеху российских паралимпийцев и сурдлимпийцев на международной спортивной арене в последние годы и возникший в 2016 году допинговый скандал не мог изменить статус нашей страны как сильнейшей спортивной державы в паралимпийском и сурдлимпийском движениях.

Продолжение на стр.2

Издатели:

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры
Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург
Институт специальной педагогики и психологии
Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга

Главный редактор

Евсеев С. П.

Зам. главного редактора

Курдыбайло С. Ф.

Редколлегия:

Барабаш О. А.
Горелов А. А.
Гутников С. В.
Евсеева О. Э.
Курамшин Ю. Ф.
Литов Н. Л.
Лопатина Л. В.
Махов А. С.
Мосунов Д. Ф.
Николаев Ю. М.
Пономарев Г. Н.
Потапчук А. А.
Рожков П. А.
Рубцова Н. О.
Солодков А. С.
Толмачев Р. А.
Филиппов С. С.
Царик А. В.
Шевцов А. В.

Ответственный редактор

Кораблев С. В.

Контакт: (812) 714-49-13

E-mail:
SergeiKorablev@gmail.com

Для писем:

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

www.afkonline.ru

Подписной индекс по каталогу агентства «РОСПЕЧАТЬ»
83035

Номер подписан в печать 15.09.2017

Содержание

Эксперт

- Евсеева О. Э.**
Организационно-педагогическое обеспечение развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта 2-я стр. обложки и 2
- Ворошин И. Н., Воробьев С. А., Баряев А. А.**
Принципы наполнения видов обследования научно-методического сопровождения паралимпийских сборных команд Российской Федерации 49

Научные исследования

- Евсеев С. П., Евсеева О. Э.**
Методы исследования эволюции физических качеств человека с инвалидностью при выполнении нормативов ВФСК ГТО 5
- Мяконов В. Б., Евсеев С. П., Кочетова Н. В.**
Требования к местам тестирования для выполнения инвалидами различных категорий нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) 9
- Емельянов В. Ю., Чайников А. П.**
Анализ технико-тактической подготовленности участников чемпионата России по дзюдо среди инвалидов по слуху 13
- Беляк О. Ю., Дубровина Н. А.**
Результаты применения программы АФК на основе сказкотерапии у детей младшего школьного возраста с ДЦП 15
- Правдов М. А., Шамуратов С. Ф., Тюкавкина Е. В.**
Влияние занятий играми с мячом на физическую подготовленность детей с умственной отсталостью 18
- Гриднева В. В., Налобина А. Н., Волова М. В.**
Оценка развития двигательных навыков у детей 7-8 лет с депривацией зрения 19
- Овчинников Ю. Д., Стародубец А. И.**
Изучение биомеханики движений у лиц пожилого возраста 23
- Фирилёва Ж. Е., Родичкин П. В.**
Непрерывная многолетняя реабилитации как форма восстановления здоровья человека 25
- Сляднева Л. Н., Сляднева Е. Н.**
Развитие двигательной-координационной рефлексии как основа физического воспитания обучающихся с нарушениями интеллекта 27
- Ненахов И. Г.**
Устранение мышечно-тонических асимметрий у лиц перенёсших ампутацию нижней конечности на этапе подготовки к протезированию 29
- Шадрин Д. И.**
Опыт применения двигательной рекреации в реабилитации лиц с муковисцидозом 31
- Коротков К. Г., Короткова А. К.**
Интернет-система поддержки методик контроля психологического состояния в системе спортивной подготовки спортсменов-паралимпийцев 34
- Оринчук В. А., Курникова М. В.**
Оценка готовности инвалидов к введению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «ГТО» 41
- Иванов А. В., Баряев А. А., Бадрак К. А.**
Диагностический комплекс педагогического контроля над физической подготовленностью хоккеистов-следаж 43
- Каленик Е. Н., Кушцов И. М., Донина О. И.**
Влияние учебного процесса на социальное здоровье и физическое состояние студентов с ограниченными возможностями здоровья 45

Образование

- Руднева Л. В.**
Реализация курсов повышения квалификации по работе с детьми с нарушением слуха для педагогов образовательных учреждений 12
- Коновалов И. Е., Болгинов Ю. В., Андреев В. В.**
Адаптация лиц с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивное образовательное пространство высшего учебного заведения физкультурного профиля 36
- Гаврилов Д. Н., Малнин А. В., Цухов Д. Н.**
Содержание теоретической части занятий адаптивной физической культурой в физкультурно-оздоровительном клубе 39
- Грецов А. Г., Воробьев С. А.**
Подходы к разработке антидопинговых образовательных программ для подростков и молодежи 51

Организационно-педагогическое обеспечение развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта

Евсеева О. Э.

Окончание, начало на 2-й стр. обложки

Победы наших паралимпийцев и сурдлимпийцев на международной спортивной арене – это всего лишь часть адаптивного спорта, который должен базироваться на массовом адаптивном спорте, то есть на массовом вовлечении детей-инвалидов и инвалидов в регулярные занятия адаптивной физической культурой и адаптивным спортом. К сожалению, в нашей стране в вопросах массового адаптивного спорта, подготовки спортивного резерва, нерешенных проблем значительно больше, чем достижений. Чтобы в этом убедиться, необходимо проанализировать Федеральную форму статистического наблюдения – «Сведения об адаптивной физической культуре и спорте» (форма № 3-АФК) за 2010-2012 годы.

В связи с этим, целью исследования, проведенного в 2012-2017 гг., было обоснование целесообразности организационно-педагогического обеспечения развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта и рассмотрение основных положений концепции развития этой системы.

Фокусирование внимания на паралимпийских видах спорта обусловлено тем, что в этом направлении адаптивного спорта проблем значительно больше, чем в сурдлимпийских видах спорта. Поэтому обоснование организационно-педагогического обеспечения развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта легко может быть перенесено и на сурдлимпийские виды.

Подчеркнём, что ключевым словом в исследовании является термин «обеспечение», а ограничительными рамками этого термина выступает прилагательное «организационно-педагогическое».

В статье Л. Н. Бережновой, В. Ю. Новожилова (2015) отмечается, что термин «обеспечение» употребляется в нескольких значениях:

- 1) обеспечение как процессуальные действия установления, закрепления, снабжения и т. д.;
- 2) обеспечение как средства – материальные, социальные, материально-технические, программные и др.;
- 3) обеспечение как поддержка, сопровождение.

В этой же статье авторы рассматривают обеспечение, во-первых, как поддержку и сопровождение, во-вторых, как средства реализации поддержки и сопровождения [1].

Анализ термина «обеспечение», представленного в ряде словарей (Экономический словарь терминов; Словарь медицинских терминов; Толковые словари русского языка Д. Н. Ушакова, С. Н. Ожегова, Н. Ю. Шведова, Новый толково-словообразовательный словарь русского языка Т. Ф. Ефремова, Энциклопедический словарь, Большая Советская энциклопедия и др.) показывает, что практически во всех словарях выделяется значение термина, выраженное как деньги, материальные средства, материальные ценности.

Вопрос об обеспечении развития системы подготовки спортивного резерва, как в обычном спорте, так и в паралимпийском, как правило, связывают именно с этим значением термина, то есть с наличием денег, материальных средств, материальных ценностей или в более обобщенном смысле с наличием соответствующего финансирования.

Вопросы финансирования имеют очень большое значение для развития системы массового адаптивного спорта и подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта. Однако, как показывают наши исследования, это значение не является определяющим, поскольку без решения целого ряда проблем организационно-педагогического характера имеющиеся финансовые ресурсы нельзя будет тратить на развитие системы подготовки спортивного резерва, так как это приведёт к серьезным финансовым нарушениям. Например, без включения какого-либо вида паралимпийского спорта или его спортивной дисциплины во Всероссийский реестр видов спорта – нельзя тратить бюджетные средства на их развитие. Другой пример. Упущения в воспитательной работе, антидопинговом сопровождении тренировочного процесса часто приводят к преждевременному сокращению контингента занимающихся, который невозможно компенсировать никакими дополнительными финансовыми ресурсами.

Кроме того, вопросы финансирования массового адаптивного спорта, системы подготовки спортивного резерва находятся в компетенции субъектов Российской Федерации, муниципальных образований и определяются в регионах, в рамках действующего местного законодательства в сфере физической и адаптивной физической культуры, в сфере бюджетной политики.

Именно поэтому в проведенном исследовании термин «обеспечение» развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта ограничен рамками – «организационно-педагогическое».

ческое». Такое ограничение выдвигает на первый план определяющие проблемы развития в нашей стране системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта, проблемы, тормозящие все стороны этого процесса и «выносит за скобки» проблему его финансирования, которая должна будет решаться по-своему в каждом регионе, в соответствии с его действующим законодательством.

Под развитием понимается процесс перехода из одного в другое, более совершенное состояние, переход от старого к новому качественному состоянию, от простого к сложному, от низшего к высшему, а под системой – множество элементов (компонентов), находящихся в отношениях и связях друг с другом, образующих определенную целостность, единство.

Подводя итог сказанному, под организационно-педагогическим обеспечением развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта, предлагалось понимать – определение основных элементов данной системы, создание условий, обеспечивающих функционирование этих элементов и всей системы в целом, поддержка и сопровождение ее стабильного развития и предотвращения сбоев, нарушений в работе этой системы.

Другими словами, организационно-педагогическое обеспечение в данном случае означает, во-первых, формирование системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта (определение элементного состава и выявление основных элементов или компонентов этой системы); во-вторых, создание своевременного нормативно-правового каркаса, обеспечивающего функционирование основных элементов и всей системы в целом; в-третьих, поддержка и сопровождение ее стабильного развития, доработка ряда теоретических положений, определяющих идеи интеграции и инклюзии, реабилитации, абилитации и собственно тренировки в адаптивном спорте; и, в-четвертых, предотвращение сбоев и нарушений в работе этой системы, обусловленных недостатками воспитательных и антидопинговых мероприятий.

На основе анализа литературных источников, документальных материалов, изучения мнения экспертов был определен элементный (компонентный) состав системы подготовки спортивного резерва, включающий в себя:

1) создание нормативно-правового каркаса, обеспечивающего функционирование новых паралимпийских видов спорта и их новых спортивных дисциплин, требований к физической подготовленности инвалидов при выполнении испытаний Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса (ВФСК) «Готов к труду и обороне» (ГТО) и др.;

2) внедрение интеграции и инклюзии в организацию и проведение занятий, в комплектовании тренировочных групп;

3) объединение процессов реабилитации, абилитации и тренировки на спортивно-оздоровительном этапе;

4) разработка ВФСК ГТО как содержательной части отбора детей в адаптивный спорт;

5) проведение воспитательных мероприятий в работе со спортивным резервом в паралимпийских видах спорта;

6) осуществление антидопингового обеспечения подготовки резерва. Кроме того, в состав этой системы входят:

7) медицинское и медико-биологическое обеспечение спортивного резерва;

8) психологическое сопровождение спортсменов-паралимпийцев в процессе тренировок и при решении жизненных проблем;

9) систему учреждений и организаций, реализующих спортивную подготовку юных паралимпийцев;

10) общественные организации инвалидов, их спортивные Федерации как часть системы подготовки спортивного резерва паралимпийцев;

11) поощрение тренеров за «спортивный потенциал», а не за спортивный результат;

12) межведомственную координацию учреждений и организаций, реализующих тренировочный процесс инвалидов.

По мнению экспертов, работающих со сборными командами Российской Федерации в Паралимпийском комитете России и во Всероссийских спортивных федерациях, к основным элементам системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта отнесены первые шесть из двенадцати перечисленных элементов (компонентов).

Более того, без организационно-педагогического обеспечения функционирования этих элементов системы подготовки спортивного резерва, ее поддержки и сопровождения, предотвращения сбоев и нарушений в работе этой системы вряд ли можно говорить о возможности её развития.

В этой связи становится понятной очевидная нецелесообразность увеличения финансирования системы подготовки спортивного резерва без решения вопроса организационно-педагогического обеспечения

ее развития. Это может привести к финансовым нарушениям и торможению развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта в нашей стране.

Создание условий, своеобразного нормативно-правового каркаса, обеспечивающих функционирование элементов и всей системы подготовки спортивного резерва, предполагало: включение паралимпийских видов спорта их спортивных дисциплин во Всероссийский реестр видов спорта (ВРВС); разработку дополнительных разделов Единой всероссийской спортивной классификации (ЕВСК), Федеральных стандартов спортивной подготовки (ФССП), Федеральных государственных требований (ФГТ) по предпрофессиональной подготовке, Единого календарного плана (ЕКП) межрегиональных, всероссийских и международных физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий по вновь включенным во ВРВС видам паралимпийского спорта и их спортивным дисциплинам; обоснование нормативов физической подготовленности инвалидов для их включения во Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне»; внесение предложений по включению в Федеральные законы «О физической культуре и спорте в Российской Федерации», «Об образовании в Российской Федерации», «О социальной защите инвалидов Российской Федерации» следующих понятий: «инклюзивные занятия по физической культуре и спорту», «инклюзивная группа, занимающихся физической культурой и спортом» [2, 3, 5, 6, 7] и др.

Поддержка и сопровождение развития систем подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта предполагали не только пропаганду новых составляющих адаптивного спорта, их представленность в соответствующих нормативно-правовых документах (ВРВС, ЕВСК, ФССП, ФГТ, ЕКП, ВФСК ГТО и др.), направление в регионы информации об этом, но и приведение убедительных аргументов о целесообразности новых подходов к трактовке таких понятий, как: интеграция и инклюзия в спорте, включая их нетрадиционную классификацию [9]; реабилитация, абилитация, тренировка юных спортсменов-паралимпийцев на спортивно-оздоровительном этапе; физические упражнения, выполняемые пассивно (с помощью тренеров), с дозированной величиной помощи, самостоятельно и с дозированной величиной отягощения; объем и интенсивность нагрузки и периодизации реабилитационных и абилитационных мероприятий [8] и др.

Предотвращение сбоев и нарушений в развитии системы подготовки спортивного резерва, сфокусировано, прежде всего, на сохранении контингента юных спортсменов-паралимпийцев, достигших высокого уровня спортивного мастерства, за счет повышения эффективности воспитательных мероприятий, преодоления исключительности спортсменов с инвалидностью, наделение их не только равными возможностями и правами, но и обязанностями, вытекающими из трудовых функций и трудовых действий, включенных в профессиональный стандарт «Спортсмен» [4].

В настоящее время из-за допинговых скандалов, как никогда актуальна работа по антидопинговому обеспечению тренировочных и внутренировочных мероприятий юных спортсменов-паралимпийцев, являющихся резервом сборных команд России по данным видам спорта. Работа в этом направлении является важнейшей составляющей предотвращения сбоев и нарушений развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта в нашей стране. Таковы основные положения концепции развития системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта.

Проверка на практике основных положений концепции системы подготовки спортивного резерва в паралимпийских видах спорта и организационно-педагогического обеспечения ее развития подтвердили эффективность предлагаемой концепции.

Литература

1. Бережная Л. Н. Коммуникативное обеспечение научной среды современного военного вуза / Бережная Л. Н., Новожилов В. Ю. // Особенности коммуникации в образовательной деятельности военных вузов внутренних войск МВД России: Материалы межвузовской научно-практической конференции 18 ноября 2015 года. СПб.: Санкт-Петербургский военный институт внутренних войск МВД России. 2015. – С. 5-7.
2. Евсеев С. П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С. П. Евсеев – М.: Спорт, 2016. – 616 с.
3. Евсеев С. П. Установочные принципы, подходы и пути разработки раздела Единой всероссийской спортивной классификации по спорту лиц с интеллектуальными нарушениями / С. П. Евсеев, Ю. Ю. Вишнякова, О. Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. – 2016. – №1(65). – С. 40-41.
4. Евсеев С. П. Адаптивный спорт и воспитание спортсмена / С. П. Евсеев, О. Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. – 2014. – №3(59). – С. 50-51.
5. Евсеев С. П. Теоретические проблемы адаптивного спорта на соревновательном этапе / С. П. Евсеев, О. Э. Евсеева // Культура физическая и здоровье, 2015. – №4(55). – С. 78-83.
6. Евсеев С. П. Алгоритмы определения корректировочных коэффициентов для разработки нормативов и оценки физической подготовленности инвалидов / С. П. Евсеев, П. В. Сороколетов, О. Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. – 2016. - № 1(65). – С. 18-22.
7. Евсеев С. П. Спорт лиц с интеллектуальными нарушениями. Состояние и перспективы развития (нормативные, правовые, программно-педагогические материалы): Справочное издание / С. П. Евсеев, Т. Н. Ольховая, О. Э. Евсеева. – СПб. Галея принт, 2014. – 160 с.
8. Евсеева О. Э. Новые подходы к определению понятий: объем, интенсивность и новизна тренировочных нагрузок / О. Э. Евсеева, С. П. Евсеев // Адаптивная физическая культура. – 2017. – №2(70). – С. 4-5.
9. Евсеева О. Э. Инклюзивные занятия спортом / О. Э. Евсеева, С. П. Евсеев, А. В. Аксенов // Адаптивная физическая культура. 2017. – №1(69). – С. 2-я страница обложки и 2-6.

Методы исследования эволюции физических качеств человека с инвалидностью при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»

Евсеев С. П., доктор педагогических наук, профессор, член-корреспондент РАО, заведующий кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры;

Евсеева О. Э., кандидат педагогических наук, профессор, директор Института адаптивной физической культуры НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

ФГБОУ ВО «Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург»

Ключевые слова: методы исследования, физические качества, инвалиды, ВФСК «Готов к труду и обороне», возрастные периоды.

Аннотация. В статье рассмотрены возможности использования прямых и аналитических, абсолютных и относительных сравнительных методов исследования эволюции физических качеств человека с инвалидностью.

Контакт: spevseev@gmail.com, evseevae@gmail.com

Methods of the investigation of evolution of physical quality of the person with disability in the implementation of the norms of the All-Russian sports complex «Ready for Labor and Defense»

Dr. Evseev S. P., Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Education, head of department of theory and methodology of adaptive physical training;

Evseeva O. E., PhD, Professor, Director of Institute of adaptive physical training,

Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, St. Petersburg»

Keywords: research methods, physical abilities, disabilities, All-Russian sports complex «Ready for Labor and Defense», ages.

Abstract. The article discusses the possibility of using direct and analytical, absolute and relative comparative methods for the study of the evolution of the physical qualities of the person with disability.

К методам исследования в данном случае отнесены: методы получения информации, анализа и оценки естественного процесса развития физических качеств, обусловленного генетическими факторами, и целенаправленного формирования адаптаций.

Методы исследования в зависимости от способа получения информации (в том числе измерения), анализа и оценки подразделены на две группы: прямые методы и методы, основанные на анализе оценки документов (аналитические методы).

К прямым методам исследования относятся непосредственная регистрация двигательной деятельности человека (времени, пространства, массы) с помощью различных технических средств – секундомеров; тензоплатформ; линейек, рулеток, других средств получения информации о сантиметрах, метрах, километрах; видео- и кинокамер и др., а также биомеханический анализ (пространственный, временной, кинематический, динамический) и статическая обработка данных, на основе которой производится оценка.

С помощью прямых методов исследования на основе изучения индивидуальных показателей эволюции физических качеств человека с инвалидностью формируются статистические показатели, например, нормативы Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса (ВФСК) «Готов к труду и обороне» (ГТО), нормы и требования Единой Всероссийской спортивной классификации (ЕВСК) и др.

К аналитическим методам исследования двигательной функции человека с инвалидностью, основанным на анализе и оценке документов, относятся методы анализа и оценки, опирающиеся на уже имеющиеся данные регистрации, полученные ранее и закрепленные в целом ряде нормативно-правовых документов: протоколах официальных соревнований, Федеральных стандартах спортивной подготовки по видам адаптивного спорта, ВФСК ГТО для инвалидов, ЕВСК для инвалидов и др.

В педагогических исследованиях данные методы исследования (получения информации, анализа, оценки) часто называют методом анализа документальных материалов, в названии которого акцентируется внимание лишь на источнике получения информации (документальных материалах).

Необходимо отметить, что адаптивный спорт, особенно в видах спорта, спортивных дисциплинах, где результат соревновательной деятельности измеряется в объективных показателях (пространства, времени, массы), представляет ценнейший материал исследования эволюции физических качеств, а в более обобщенном смысле – двигательной функции человека с инвалидностью. Поскольку предоставляет большие массивы информации для использования рассматриваемых методов исследования двигательных проявлений спортсме-

нов с инвалидностью по зрению, слуху, интеллекту, с поражением структуры и (или) функций опорно-двигательного аппарата. Однако по сравнению с методом анализа документальных материалов рассматриваемые аналитические методы исследования эволюции физических качеств человека с инвалидностью основное внимание уделяют именно способам анализа и оценки развития физических качеств человека с той или иной формой инвалидности.

Рассмотрим эти положения более подробно.

Как прямые, так и аналитические методы исследования эволюции физических качеств человека с инвалидностью в зависимости от выбора показателей, на основе которых будет производиться оценка уровня развития физических качеств, дополнительно подразделяются на **абсолютные** и **относительные**.

В первом случае анализу подвергаются реальные показатели, демонстрируемые тестируемым и фиксируемые, например, в секундах при пробегании спринтерской дистанции, в сантиметрах при выполнении прыжков в высоту или длину с разбега, в килограммах при выполнении жима штанги лежа в пауэрлифтинге, в количестве повторений подтягиваний при выполнении нормативов ВФСК ГТО (абсолютные показатели).

Во втором случае исследуются, например, результаты изменения (увеличения или уменьшения) собственных показателей в разные возрастные периоды жизни человека, выраженные в процентах или долях (относительные показатели).

При исследовании эволюции физических качеств человека с инвалидностью очень полезна информация, полученная с помощью сравнительных показателей, показателей сопоставления уровня развития физических качеств здоровых лиц и лиц с инвалидностью.

Сравнительные показатели используются при применении прямых и аналитических методов исследования, абсолютных и относительных показателей.

Подчеркнем, что в изучении эволюции физических качеств человека с инвалидностью особенно большое значение имеют сравнительные абсолютные и относительные показатели, которые, с точки зрения авторов статьи, недостаточно используются в исследовании по спортивной педагогике, адаптивной физической культуре и адаптивному спорту. Хотя в спорте высших достижений здоровых спортсменов подобные подходы активно применяются, особенно при изучении рекордных показателей в рамках достаточно новой дисциплины – «Спортивная рекордология» (Ю. Ф. Курамшин, 1996, 2005 и др.) [1, 2].

При возрождении нормативов испытаний ВФСК ГТО для здоровых граждан использовались прямые методы исследования с регистрацией абсолютных показателей испытаний (тестов) с последующей их статистической обработкой в виде перцентильных шкал и таблиц.

Однако при разработке нормативов испытаний (тестов) ВФСК ГТО для инвалидов такой подход оказался неэффективным, поскольку собрать необходимое для статистической обработки количество измерений по 16 возрастным и 2 гендерным группам в заданное время (2 года) оказалось невозможным из-за ряда факторов: нежелания родителей детей с инвалидностью по тестированию их детей, нежелание самих инвалидов принимать участие в тестировании, из-за отказов медицинских работников выдавать соответствующий допуск к соревнованиям по программе Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО, из-за неоднозначного отношения к данному проекту значительной части населения нашей страны.

Поэтому одним из основных методов исследования при разработке нормативов испытаний ВФСК ГТО для инвалидов, а также нормативов и требований ЕВСК для инвалидов с сохранными структурой и функциями опорно-двигательного аппарата был применен аналитический метод исследования с использованием сравнительных процедур абсолютных показателей здоровых лиц и лиц с инвалидностью – с поражением зрения, слуха, интеллекта.

В этом случае подвергались сравнительному анализу рекорды мира в конкретных дисциплинах адаптивного спорта (легкой атлетики, плавания и др.), а также показатели нормативов ЕВСК (мастера спорта международного класса, мастера спорта, кандидата в мастера спорта, I, II, III разрядов и I, II, III юношеских разрядов) (абсолютные показатели) для здоровых спортсменов и спортсменов с перечисленными видами инвалидности [4].

Такой сравнительный анализ позволил выявить влияние на результат того или иного дефекта спортсмена, активно занимающегося адаптивным спортом, исключить влияние фактора недостаточной двигательной активности человека с инвалидностью [3,4].

Вторым примером использования аналитического метода исследования с применением сравнительного анализа абсолютных показателей здоровых спортсменов и спортсменов-инвалидов является построение так называемой «разностной шкалы» для здоровых спортсменов и спортсменов с поражением зрения, слуха, интеллекта. В этом случае используются метрологический подход, принятый в экспериментальной физике, где для построения разностной шкалы берется разница между заранее известным предельным значением шкалы и точками измерения. В нашем случае для построения функциональной зависимости уровня спортивного мастерства от категории спортсменов в качестве предельного значения шкалы берется показатель рекорда мира,

а промежуточными точками выступают нормы спортивных званий и спортивных призов Единой всероссийской спортивной классификации. Для удобства визуального восприятия вводилась равномерная обратная линейная ось значений, которая использовалась для аппроксимации нелинейной разностной шкалы.

Выявление закономерности изменения описанной функции позволяют с заданной достоверностью продолжить (экстраполировать) предлагаемую шкалу в области новых значений, для которых не было исходных эмпирических данных.

Общая математическая задача нахождения таких функций сложна и выходит за рамки педагогического исследования. Однако следует отметить, что все полученные в ходе исследования зависимости достаточно гладко аппроксимируются кусочно-экспоненциальными и полиномиальными функциями с использованием гармонических коэффициентов (синус, косинус) из-за колебаний функций по мере перехода от юношеских разрядов к взрослым и от спортивных разрядов к спортивным званиям [3].

Вместе с тем для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата и другими сложными отклонениями в развитии (сложными дефектами) ограниченность применения сравнительного анализа абсолютных показателей очевидна. В этом случае использовались относительные показатели и их сравнительный анализ.

Одним из наиболее простых относительных показателей для данной категории лиц является уже упоминавшийся показатель индивидуальной динамики результата измерений того или иного физического качества в разные возрастные периоды (в 16 возрастных группах от 6 лет до 70 и старше). При этом важнейшим фактором, обеспечивающим справедливость оценок, выдаваемых по данным показателям, является то, что они зависят только от усилий самого человека с инвалидностью, направленных на коррекцию и компенсацию дефекта, повышение уровня физической подготовленности посредством целенаправленной двигательной активности с использованием адаптированных к их возможностям средств и методов.

Индивидуальная динамика результатов измерения того или иного физического качества в разные возрастные периоды жизни используются и у здоровых лиц, например для того, чтобы оценить индивидуальный уровень развития качества по сравнению со среднестатистическим, представленным в частности во ВФСК ГТО или ЕВСК.

Покажем, что использование относительных показателей позволяет осуществлять сравнение со здоровыми лицами и лиц с поражениями структуры и (или) функциями опорно-двигательного аппарата.

Например, вполне уместно сравнить индивидуальную, возрастную динамику развития того или иного физического качества человека с инвалидностью, в том числе и с ПОДА, с индивидуальной и со среднестатистической возрастной динамикой развития этого же качества у человека без инвалидности или с инвалидностью, но без ПОДА – у слепых, глухих, лиц с интеллектуальными нарушениями.

Говоря о среднестатистической динамике развития того или иного физического качества, следует иметь в виду, что необходимую информацию можно найти в таких документах, как: ВФСК ГТО, ЕВСК, Федеральный стандарт спортивной подготовки (ФССП) по видам олимпийского, неолимпийского и адаптивного спорта, то есть как для здоровых лиц, так и для лиц с инвалидностью.

Во всяком случае при подобного рода сравнениях необходимо учитывать, что у лиц с ПОДА помимо ампутации или врожденных недоразвитиях конечностей, существуют нарушения двигательной функции (травмы позвоночника и повреждения спинного мозга, церебральные нарушения и др.), которые, безусловно, вносят свой отрицательный вклад в индивидуальную возрастную динамику развития того или иного физического качества.

И всё-таки подчеркнем еще раз, что исключение из сравнения абсолютных показателей, использования для этих целей относительных показателей, делает процедуру сравнения вполне уместной и оправданной, а в научном плане – интересной и перспективной.

При оценке индивидуально возрастной динамики развития того или иного физического качества у человека с инвалидностью при поражении у него опорно-двигательного аппарата, выраженная в долях (процентах) по отношению к последнему тестированию возникает вопрос об оценке конкретной величины (доли, процента) улучшения или ухудшения результата при тестировании конкретного физического качества в тот или иной возрастной период. Хотя, безусловно, любая положительная динамика развития основных физических качеств человека с инвалидностью в период их естественного развития, обусловленного генетической программой, является благом, показателем активной борьбы инвалида с недугом. Тоже можно сказать и о сопротивлении инвалида процессу естественного, возрастного угасания уровня развития его физических качеств.

Тем не менее вопрос об определении минимальной величины увеличения (уменьшения) уровня развития физического качества для оценки эффективности работы человека с инвалидностью по своему физическому совершенствованию является актуальным.

В этой связи необходимо вернуться к разностной шкале, которая рассматривалась при изучении абсолютных показателей на примере рекордов мира и нормативов ЕВСК у здоровых спортсменов и спортсменов с инвалидностью и поражениями сенсорных систем и интеллекта, но без поражения опорно-двигательного аппарата.

По аналогии с разностной шкалой, в случае ВФСК ГТО для здоровых лиц или инвалидов без ПОДА, необходимо определить разницу между абсолютными показателями, характеризующими максимальный уровень развития физического качества (быстроты и скоростных способностей, выносливости, силы и силовых способностей, гибкости, скоростно-силовых способностей, ловкости и координационных способностей) и минимальный его уровень, который задается нормативами первой (6-8 лет) или второй (9-10 лет) ступеней. Затем необходимо рассчитать процент, который составляет от этой величины минимальный показатель, не допускающий своей дробности и выражаемый количеством повторений (это испытания в подтягивании на высокой перекладине, сгибание и разгибание рук в упоре лежа, в рывке гири), а также показатель заданного уровня точности измерения, например, один сантиметр при измерении гибкости, прыжков в длину с места толчком двух ног и др. В частности, расчеты показывают, что при выполнении подтягивания на высокой перекладине у здоровых лиц максимальный показатель прироста результата, соответствующий золотому знаку отличия соответствует 9 повторениям (4 повторения – количества раз – на I ступени, 13 повторений на VI ступени, возрастная группа 18-24 года), а, следовательно, одно подтягивание составляет приблизительно 11% (если точно – 11,11%) от максимального прироста результата в процессе возрастного развития человека. Для серебряного и бронзового знака такой максимальный прирост результата составляет 7 повторений (с 3 и 2 повторений соответственно на I ступени и 10 и 9 повторений на VI ступени в обеих возрастных группах), а, следовательно, одно подтягивание в этих случаях составляет приблизительно 14% (14,3%).

Таким же образом рассчитываются показатели одного повторения в двух других тестах по оценке силы и силовых способностей, одного очка при оценке ловкости и координационных способностей, а также одного сантиметра при оценке гибкости и скоростно-силовых способностей.

При оценке быстроты и скоростных способностей, а также выносливости, в связи с тем, что на разных возрастных этапах могут использоваться различные дистанции, измеряемым показателем берется не время преодоления дистанции, а средняя скорость ее преодоления, выраженная в метрах в секунду. Размерность заданного уровня точности этого показателя скорости принимается 0,1 м/с.

Определив в процентах минимальные количественные характеристики измеряемых величин, не подлежащих дроблению и определяемых заданной точностью измерений, характеризующих уровень развития 6 физических качеств, представленных во ВФСК ГТО для здоровых, можно задавать минимальный относительный уровень прироста результатов при переходе с I на II, III, IV, V и VI ступени в процентах.

Однако такой подход возможен только в случаях, когда не подлежащие дроблению измеряемые величины, применяющиеся у здоровых лиц и инвалидов, сопоставимы. При использовании же новых показателей, не встречавшихся у здоровых лиц и не имеющих достаточных эмпирических данных, такой подход может использоваться только по мере накопленных статистических сведений.

Для оценок перспектив реабилитации, абилитации, тренировочного процесса целесообразно использовать такой относительный показатель как процент улучшения минимального результата в конкретной спортивной дисциплине для инвалидов конкретного спортивно-функционального класса.

Богатый материал для таких прогнозов дает Единая Всероссийская спортивная классификация в различные временные периоды.

Процент улучшения результатов III юношеского резерва по отношению к результату мастера спорта России или мастера спорта России международного класса в спортивных дисциплинах, результат которых измеряется объективными показателями пространства, времени, массы для каждого спортивно-функционального класса, наглядно демонстрирует реабилитационный потенциал спортсмена с конкретным поражением опорно-двигательного аппарата, его возможности по физическому совершенствованию, если, разумеется, обсуждаемые результаты заслуживают доверия. Данные показатели вполне сопоставимы с показателями здоровых спортсменов, сравнения эффективности применяемых средств и методов тренировки и реабилитационного (абилитационного) процесса.

Литература

1. Курамшин Ю. Ф. Высшие спортивные достижения как объект системного анализа / Ю. Ф. Курамшин – СПб: СПбГАФК им. П. Ф. Лесгафта, 1996. – 169 с.
2. Курамшин Ю. Ф. Спортивная рекордология: теория, методология, практика / Ю. Ф. Курамшин. – М: Советский спорт, 2005. – 408 с.
3. Евсеев С. П. Алгоритмы определения корректировочных коэффициентов для разработки нормативов для тестирования и оценки физической подготовленности инвалидов / С. П. Евсеев, П. В. Сороколетов, О. Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. -2016. – №1(65). – С. 18-22.
4. Евсеев С. П. Установочные принципы, подходы и пути разработки раздела Единой всероссийской спортивной классификации по спорту лиц с интеллектуальными нарушениями / С. П. Евсеев, Ю. Ю. Вишнякова, О. Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. – 2016. – №1(65). – С. 40-41.

Статья подготовлена в рамках Государственного контракта от 14 апреля 2017 г. №105 между НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург и Министерством спорта Российской Федерации

Требования к местам тестирования для выполнения инвалидами различных категорий нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)

Мяконьков В. Б., доктор психологических наук, профессор;

Евсеев С. П., доктор педагогических наук, профессор, член-корреспондент РАО.

НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург;

Кочетова Н. В., руководитель информационно-аналитического отдела. Российская ассоциация спортивных сооружений.

Ключевые слова: физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне», инвалиды, доступность, объекты спорта.

Аннотация. Положение о «Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» является одним из базовых документов в сфере физической культуры и спорта, который определяет программную и нормативную основу физического воспитания населения Российской Федерации.

Выполнение норм ГТО для инвалидов в России в настоящее время реализуется впервые и проводится в тестовом режиме. Полноценное внедрение комплекса ГТО для инвалидов планируется ввести к 2018 году, что требует приведение в соответствие мест тестирования для выполнения нормативов ГТО с существующей нормативной базой.

Контакт: 62sport@gmail.com

Requirements for the venues for the people with disabilities of different categories to compliance the All-Russian sports complex «Ready for Labor and Defense»

Dr. Myakonkov V. B., Doctor of psychology;

Dr. Evseev S. P., Doctor of Education, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Education.

The Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, St. Petersburg

Kochetova N. V., Head of the Information and Analytical department.

Russian Association for Sports & Leisure Facilities

Keywords: sports complex «Ready for Labor and Defense», disabled, accessibility, sports facilities.

Abstract. The Regulations on the All-Russia Sports Complex «Ready for Labor and Defense» one of the basic documents in the sphere of physical culture and sport, which defines the programmatic and regulatory framework of physical education of the population of the Russian Federation.

RLD program for disabled people in Russia is being implemented for the first time and is being conducted in a test mode. A full implementation of the RLD complex for disabled people is planned to be provided by 2018, which requires adaptation of sports facilities with the existing regulatory base for training for implementation and compliance RLD.

В соответствии подходом, определенным «Стратегией развития физической культуры и спорта на период до 2020 года» [5], Государственной программой Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» [6], и на основании положений Конвенции ООН о правах инвалидов [7] важнейшим направлением работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами является вовлечение их в систематические занятия физической культурой и спортом.

Данный подход предусматривает необходимость разработки государственных требований к уровню физической подготовленности инвалидов различного возраста, пола, вида поражения тех или иных органов и систем, которые, в свою очередь, дают установку на активность инвалидов, их подготовку к до-

ступной профессиональной деятельности, на обеспечение для них равных возможностей и, при наличии у инвалидов желания и доброй воли, выполнение всех процедур тестирования и оценки показателей.

Постановлением Правительства РФ от 11 июня 2014 г. №540 «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)» [1] в субъектах Российской Федерации создаются центры тестирования по выполнению видов испытаний (тестов), нормативов для оценки уровня физической подготовленности населения.

Тестирование инвалидов должно осуществляться в центрах тестирования, создаваемыми в установленном порядке, в соответствии с приказом Министерства спорта Российской Федерации от

22.12.2015 №1219 «Об утверждении порядка создания Центров тестирования по выполнению нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) и положения о них» [2], или наделенными соответствующими полномочиями согласно приказа Министерства спорта Российской Федерации от 21.12.2015 №1218 «Об утверждении порядка наделения иных некоммерческих организаций правом по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» [3].

Согласно статистике [4], в 2017 году в России проживает 12,5 млн. лиц с инвалидностью. Более 7 млн. из них могут быть рекомендованы занятия физической культурой и спортом, а значит, и выполнение нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».

Доступность для инвалидов Центров тестирования при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (далее Центров тестирования) рассматривается авторами статьи в двух направлениях:

– во-первых, как доступность для инвалидов всей инфраструктуры Центра тестирования как любого спортивного объекта;

– во-вторых, как возможность выполнения ими испытаний (тестов), включенных во ВФСР ГТО специально для инвалидов, и которых нет в перечне испытаний (тестов) для здоровых граждан, а, следовательно, нет и необходимых для этого специальных спортивных снарядов, оборудования, приспособлений.

Таким образом, для обеспечения для инвалидов доступности Центров тестирования и возможности проводить в них испытания инвалидов необходимо не только адаптировать всю их инфраструктуру к особенностям инвалидов различных нозологических групп, но и дооснастить Центры тестирования специальными спортивными снарядами, оборудованием, приспособлениями, без которых тестирование инвалидов невозможно.

Как показал анализ проведенного обследования инфраструктуры мест и прилегающих территорий, а также оснащенность в части доступности для инвалидов различных категорий в регионах Российской Федерации, требуется определенная адаптация для проведения тренировочных занятий при подготовке к выполнению и, непосредственно, при выполнении норм ГТО инвалидами различных категорий. Обследование проводи-

лось на основании методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики (Приказ Минтруда России от 25.12.2012 №627) [8].

Прилегающая территория и инфраструктура объектов спорта для подготовки к выполнению и выполнения нормативов комплекса ГТО должны полностью соответствовать требованиям СП 59.13330.2016 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения» актуализированная редакция СНиП 35-01-2001 [9].

На объектах должен быть проведен комплекс мероприятий, обеспечивающий:

- беспрепятственность перемещения внутри зданий и сооружений и на их территории;

- безопасность путей движения (в том числе эвакуационных и путей спасения), а также мест обслуживания маломобильных групп населения (МГН);

- эвакуацию людей из зданий или в безопасную зону до возможного нанесения вреда их жизни и здоровью вследствие воздействия опасных факторов;

- своевременное получение МГН полноценной и качественной информации, позволяющей ориентироваться в пространстве, использовать оборудование (в том числе для самообслуживания).

В зданиях и на прилегающей территории следует применять информационные средства, доступные для инвалидов. На путях движения по территории следует не реже чем через 150 м предусматривать зоны отдыха с местами для размещения сидя. Пандус, служащий путем эвакуации со второго и вышележащих этажей, должен иметь выход наружу из здания на прилегающую территорию.

Для определения специальных требований к местам подготовки к выполнению и выполнения нормативов комплек-

са ГТО был проведен анализ правил и регламентов соревнований по видам спорта, требований руководств и стандартов к обеспечению доступности спортивных сооружений, а также следующих документов, утвержденных Минспортом России.

Методические рекомендации по установлению государственных требований к уровню физической подготовленности инвалидов при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса (утвержденного Министерством спорта, 2016 г.) [10] распространяются на лиц с нарушениями слуха, зрения или интеллекта.

В свою очередь, Методические рекомендации по обоснованию классификации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата на отдельные классы для выполнения ими нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» и разработке и установлению требований к инвалидам каждого выделенного класса с перечнем видов испытаний (тестов) и нормативов для оценки уровня развития у них основных физических качеств (2017 г.) [11] и Нормы и требования к лицам с односторонней или двусторонней ампутацией или недоразвитием верхних и нижних конечностей с перечнем видов испытаний (тестов) для выполнения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» расширяют возможности лиц с инвалидностью в части выполнения нормативов комплекса ГТО (2017 г.) [12] и включают дополнительно следующие категории инвалидов, относящиеся к лицам с поражением опорно-двигательного аппарата:

- низкорослые люди;
- люди с односторонней или двусторонней ампутацией или недоразвитием верхних конечностей;

- люди с односторонней или двусторонней ампутацией или недоразвитием нижних конечностей;

- люди с последствиями травм и заболеваниями спинного мозга;

- люди с церебральным параличом;

Указанная выше классификация, значительно увеличивает количество видов испытаний для определения уровня развития физических качеств отдельных категорий лиц с инвалидностью.

Анализ существующих испытаний (тестов) показал, что подготовка к выполнению и выполнение нормативов комплекса ГТО может проводиться на следующих типах объектов спорта (в соответствии с терминологией принятой в Классификаторе объектов спорта):

- зал универсальный;
- комплекс лыжный;
- трасса спортивная;
- стадион, специализированный для легкой атлетики;
- тир стрелковый;
- бассейн;
- манеж легкоатлетический;
- площадка спортивная.

Кроме того, для подготовки к выполнению и выполнение нормативов комплекса ГТО могут быть задействованы объекты спорта, в том числе многофункциональные и не относящиеся к вышеуказанным типам сооружений, но имеющие зоны, подходящие для выполнения отдельных видов испытаний (тестов), доступные для лиц с инвалидностью и соответственно оборудованные.

Существует необходимость адаптации объектов спорта к подготовке к выполнению и выполнению нормативов комплекса ГТО. Ниже представлены примеры проектов архитектурно-планировочных решений для мест подготовки к выполнению и выполнения нормативов ВФСК ГТО с учетом обеспечения доступности для разных категорий инвалидов (рис. 1 и 2).

Анализ испытаний (тестов) для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата показал необходимость оснащения Центров тестирования специальны-

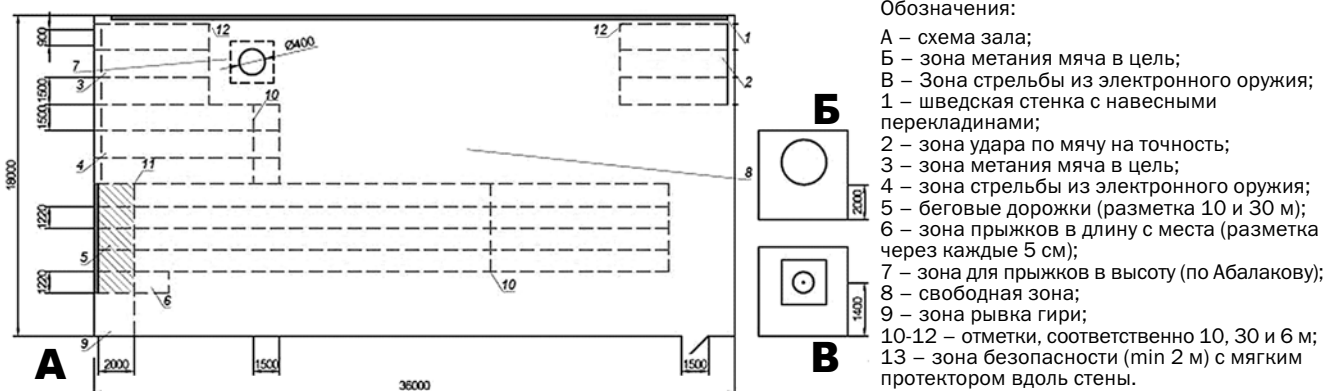


Рис. 1. Вариант планировки зала, адаптированного к выполнению нормативов комплекса ГТО для инвалидов.

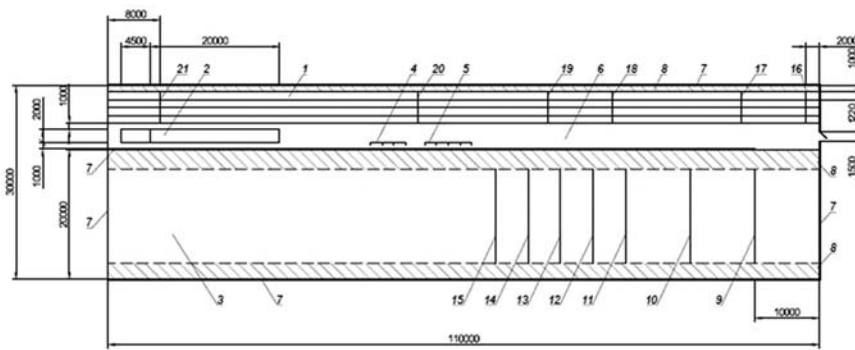


Рис. 2. Вариант открытой площадки, адаптированного к выполнению нормативов комплекса ГТО для инвалидов.

Обозначения:

- 1 – беговые дорожки (рзметка 10, 30, 40, 60 и 100 м);
- 2 – зона для прыжков в длину (с места и с разбега);
- 3 – зона метания (после 20-метровой отметки рзметка каждые 5 м);
- 4 – турник разноуровневый;
- 5 – упоры для отжиманий;
- 6 – свободная зона (для тренажёров, тренировочного процесса);
- 7 – ограждение;
- 8 – зона безопасности;
- 9 – стол-линия;
- 10-15 – отметки зоны метания (соответственно – 10, 20, 25, 30, 35 и 40 м);
- 16 – старт;
- 17-21 – отметки беговой дорожки (соответственно – 10, 30, 40, 60 и 100 м).

ми спортивными снарядами, оборудованием и приспособлениями. Учитывая большой объем финансовых средств, необходимых для дооснащения Центров тестирования, которые будут готовы для работы с инвалидами по приему у них нормативов ВФСК ГТО, предлагается процесс их дооснащения осуществить в два этапа – этап ближайшей перспективы – от 0,5 до 1 года и этап отдаленной перспективы – от 1,5 до 3 лет.

В ближайшей перспективе (полгода – год) Центры тестирования по выполнению нормативов испытаний (тестов) ВФСК ГТО для инвалидов должны быть дополнительно оснащены следующими спортивными снарядами, оборудованием и приспособлениями:

- перекладина с регулируемой высотой (1 шт.);
- гимнастическая стенка (1 шт.);
- штанга (1 комплект);
- ручной динамометр (2 шт.);
- медицинбол – 1 кг (5 шт.);
- гимнастическая палка (веревка) – 1,5 м с сантиметровой разметкой (2 шт.);
- тонкий шнур длиной 1,5 м с сантиметровой разметкой – для измерения прыжка в высоту с места (1 шт.);
- комплект для игры «Дартс» (2 шт.);
- футбольный мяч (5 шт.);
- веревка длиной 1 м – для связи незрячего спортсмена с сопровождающим (лидером) (3 шт.);
- палки для скандинавской ходьбы (10 комплектов);
- озвученные мишени (2 шт.);
- веревка с сантиметровой лентой и грузом 50 грамм (отвес) (1 шт.);
- «кольцеброс» (2 комплекта);
- черный скотч – для разметки на стене квадрата 1,5х1,5 м (1 рулон);
- комплект для игры «Бочча» (2 комплекта).

В отдаленной перспективе (полтора – три года) Центры тестирования при их использовании инвалидами должны быть дополнительно оснащены следующими спортивными снарядами, оборудованием и приспособлениями:

- кресло-коляска для бега (4 шт.);
- санки для лыжного спорта (4 шт.);
- кресло для метаний лиц с ПОДА (1 комплект);
- ходунки (4 шт.);
- велоэргометр (1 шт.);
- тредбан со страховым поясом (1 комплект);
- гребной тренажер «концепт» (2 комплекта);
- тензоплатформа (1 шт.).

Выводы

В настоящей статье представлены, со ссылками на регламентирующие нормативно-правовые акты, специальные спортивные снаряды, оборудование, приспособления для испытаний (тестов) и определения уровня развития физических качеств отдельных категорий лиц с инвалидностью с указанием типов объектов спорта для подготовки к выполнению и выполнения нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО для инвалидов.

Литература

1. Постановление Правительства РФ от 11 июня 2014 г. №540 «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)»
2. Приказ Министерства спорта Российской Федерации от 22.12.2015 №1219 «Об утверждении порядка создания Центров тестирования по выполнению нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)»
3. Приказ Министерства спорта Российской Федерации от 21.12.2015 №1218 «Об утверждении порядка наделения иных некоммерческих организаций правом по оценке выполнения нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)».
4. Инвалидность и социальное положение инвалидов в России / под ред. Т. М. Малевой. – М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. – 256 с.
5. Приказ Минспорта России «О реализации Стратегии развития физической культуры

и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года» от 04.09.2013 № 710

6. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. №302 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта»

7. Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006 г.

8. Приказ Минтруда России от 25.12.2012 №627 «Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики»

9. СП 59.13330. 2016 «Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения» актуализированная редакция СНиП 35-01-2001» (2016 г.)

10. Методические рекомендации по установлению государственных требований к уровню физической подготовленности инвалидов при выполнении нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса (утвержден Министерством спорта, 2016 г.)

11. Методические рекомендации по обоснованию классификации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата на отдельные классы для выполнения ими нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» и разработке и установлению требований к инвалидам каждого выделенного класса с перечнем видов испытаний (тестов) и нормативов для оценки уровня развития у них основных физических качеств (2017 г.)

12. Нормы и требования к лицам с односторонней или двусторонней ампутацией или недоразвитием верхних и нижних конечностей с перечнем видов испытаний (тестов) для выполнения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (2017 г.)

Публикация подготовлена в рамках выполнения Государственного контракта от 14 апреля 2017 г. №105, заключенного между НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург и Министерством спорта Российской Федерации.

Реализация курсов повышения квалификации по работе с детьми с нарушением слуха для педагогов образовательных учреждений

Руднева Л. В., кандидат педагогических наук, доцент.

Тулский государственный педагогический университет им. Л. Н. Толстого

Ключевые слова: педагоги образовательных учреждений, повышение квалификации, дети с нарушением слуха.

Аннотация. Актуальность, содержание и результаты проведения курсов повышения квалификации по работе с детьми с нарушением слуха для педагогов образовательных учреждений.

Контакт: lidia.rudneva@mail.ru

Implementation of advanced training courses in work with children with hearing impairment for educators of educational institutions

Rudneva L. V., PhD, associate professor.

Tula State Lev Tolstoy Pedagogical University.

Keywords: teachers of educational institutions, advanced training, children with hearing impairment.

Abstract. The relevance, content and results of the refresher courses on work with children with hearing impairment for educators of educational institutions.

В 2017 году на базе Тульского государственного педагогического университета им. Л. Н. Толстого, на факультете физической культуры проведены краткосрочные 144-часовые курсы повышения квалификации («Основы невербального общения (жестовая речь) с детьми с нарушением слуха в практике работы педагога по адаптивной физической культуре»).

Важность реализации данной программы обусловлена, во-первых, ростом количества детей с нарушением слуха в Тульской области, которых насчитывается более 200 человек [1, 2], и, во-вторых, тем, что процессом обучения и общения с детьми с помощью тактильной и жестовой речи в основном занимаются специалисты, имеющие дефектологическое и коррекционное образование, хотя в образовательный процесс детей с нарушением слуха вовлечены и педагоги, обучающие детей по другим предметам, к которым относится, например, физическая культура. В основном это специалисты, имеющие базовое физкультурное образование или направленность профиль «Физическая культура», которые не предполагают знаний основ тактильной и жестовой коммуникации.

В связи с вышесказанным, овладение навыками жестовой речи для учителей физической культуры и тренеров по видам спорта, работающих с детьми с нарушением слуха, является актуальным.

Цель программы – сформировать у слушателей умения и навыки тактильной речи, а также приобретение знаний и практических умений применения жестовой речи на уроках адаптивной физической культуры и в процессе физкультурно-спортивной деятельности с детьми с нарушениями слуха.

Для достижения поставленной цели был сформулирован ряд задач:

- обучить правильному, беглому и выразительному тактированию, считыванию букв тактильного алфавита, а также чтению предложений после одноразового тактирования;
- обучить переводить текст, учитывая возрастные особенности детей с нарушением слуха;
- научить использовать жестовую речь в процессе занятий АФК и при проведении спортивно-массовых мероприятий с детьми с нарушением слуха;
- раскрыть особенности проведения занятий по адаптивной физической культуре с детьми с нарушением слуха;
- рассмотреть основы невербального общения (жестовая речь) с детьми с нарушением слуха в практике работы педагога по АФК;
- научить словам-жестам по основным темам (спорт, семья, друзья, школа и т. п.).

Учебным планом программы предусмотрено изучение шести модулей включающих в себя: «Обучение тактильной речи»; «Обучение жестовой речи»; «Нормативно-правовые аспекты ФГОС НОО и ООО, организация образовательной деятельности по физической культуре детей школьного возраста»; «Психологические аспекты невербального общения»; «Развитие и функционирование тактильной и жестовой речи в сурдопедагогическом процессе»; «Проведение уроков по АФК и физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий с использованием тактильной речи».

Продолжительность занятий 2 месяца. Занятия проводили высококвалифицированные педагоги, имеющие ученые степени и звания с опытом профессиональной деятельности в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья. По окончании курсов осуществлен контроль качества подготовки.

В процессе обучения для слушателей были предусмотрены часы на контактную работу (лекционные и практические занятия), а также предоставлялось время для самостоятельной работы, в ходе которой они:

- отработывали технику тактирования с синхронным проговариванием;
- разрабатывали план-конспект урока по адаптивной физической культуре;
- участвовали в вебинарах и в проведении спортивно-массовых мероприятий, организуемых для детей с нарушением слуха.

В основном Программа была ориентирована на лиц с высшим педагогическим образованием, имеющим опыт профессиональной деятельности с детьми с нарушением слуха. Так, 40 % слушателей работают в ГОУДО «Спортивно-реабилитационном центре инвалидов», ГПОУ ТО Тульском техникуме социальных технологий, ГОУ ТО «Тульском областном центре образования» в отделе адаптированного общего образования для детей с нарушением слуха; 20 % слушателей педагоги вуза, преподающие дисциплину «Адаптивная физическая культура».

Такая целевая направленность курсов повышения квалификации особенно ценна, поскольку является значимым показателем в повышении профессиональных компетенций слушателей.

По итогам проведенного курса задачи выполнены и цель достигнута.

В ходе занятий были выявлены интересные специалисты вопросы, с которыми сталкиваются современные педагоги, работающие с детьми с особыми образовательными потребностями на уроках физической культуры, с учетом которых мы планируем продолжать данную работу и разрабатывать новые программы, отвечающие актуальным научными проблемами адаптивной физической культуры.

Литература

1. Руднева Л. В. Мониторинг эффективности работы спортивно-реабилитационного центра инвалидов г. Тулы // Адаптивная физическая культура. – 2016. – № 2 (66). – С. 40-42.
2. Руднева Л. В. Дополнительное профессиональное образование по адаптивной физической культуре в Тульском регионе. /Л. В. Руднева, В. А. Романов. Материалы XII Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Kluczowe aspekty naukowej działalności - 2016». 2016. С. 89-94.



Анализ технико-тактической подготовленности участников чемпионата России по дзюдо среди инвалидов по слуху

Емельянов В. Ю., кандидат технических наук, мастер спорта международного класса по дзюдо, старший преподаватель кафедры физвоспитания.

Чайников А. П., мастер спорта СССР по самбо, доцент кафедры физвоспитания.

МГТУ им. Н. Э. Баумана (национальный исследовательский университет), Москва

Ключевые слова: технико-тактические действия дзюдоистов, дзюдо глухих, сборная команда России по дзюдо, летние Сурдлимпийские игры

Аннотация. В статье представлен анализ выступления участников чемпионата России 2012 г. по дзюдо (спорт глухих), показаны направления дальнейшего совершенствования их технической подготовки.

Контакт: arpo_rmaf@mail.ru

Analysis of technical and tactical preparedness of participants in the Russian judo championship among the disabled by hearing

Yemelyanov V. Yu., PhD., Master of sports of international class in judo, senior lecturer of the chair of physical education.

Chaynikova. P., Master of Sports of the USSR in Sambo, Associate Professor of the Department of Physical Education.

MSTU named after N. E. Bauman (National Research University), Moscow

Keywords: Technical and tactical actions of deaf judokas, Russian deaf judokas team, judo for the deaf, Russian Deaf Judo Championship 2012, Summer Deaflympics Game

Abstract. The article presents the analysis of the performance of participants in the Russian Championship 2012 in judo (deaf sport) and shows the directions for improving technical training of it.

Введение

В соревновательной деятельности борцов выделяют такие технико-тактические действия (ТТД), как активность атакующих действий при борьбе стоя, активность защитных действий, надежность защиты и т. п. (всего – 20 ТТД), вычисляемые по специальным формулам, разработанным и принятым для составления модельных характеристик спортсменов высших разрядов [1].

Полученные таким образом характеристики ТТД являются интегральными. Некоторые из них использовались нами для составления группового портрета участников чемпионата России по дзюдо 2012 г., проходившем в г. Зеленограде в преддверии предстоящих XXII летних Сурдлимпийских игр (ЛСИ) в г. София (Болгария). Этот чемпионат являлся отборочным на предваряющий ЛСИ 14-й чемпионат мира (19-21 сентября, остров Маргарита, Нуэва-Эспарта, Венесуэла). Забегая вперед, отметим, что в Болгарии наши дзюдоисты выступили успешно, завоевав в личных соревнованиях 6 золотых, 4 серебряных и 3 бронзовые медали и заняв первое место в неофициальном командном зачете. Допуск глухих спортсменов к основному соревнованию 4-летнего сурдлимпийского цикла осуществляется по спортивному принципу, что принципиально отличает

их от допуска у здоровых спортсменов (табл. 1).

Анализ медального зачета основных соревнований по дзюдо для олимпийцев, паралимпийцев и сурдлимпийцев

Условия допуска	Допуск		
	на ОИ-2016 по рейтингу IJF	на ЛСИ-2013 по итогам последнего ЧР	на ПИ-2016 по итогам последнего ЧР
Разыгрываемые комплекты медалей в видах программы	14	14+10 (командные)+2 (абс.)+ ката	13 (7 + 6)
Количество завоеванных медалей россиянами на последних играх и их ранг (з-с-б)	3 (2-0-1)	13 (6-4-3)	Не допущены
Количество стран-участниц в дисциплине дзюдо	136	25	31
Количество спортсменов-участников	386 (231 м и 155 ж)	99 (66 м и 33 ж)	129 (82 м и 47 ж)
Место в неофициальном медальном зачете дзюдо/Россия	3/4	1/1	Без медалей

Примечание: ОИ – Олимпийские игры, ЛСИ – летние Сурдлимпийские игры, ПИ – паралимпийские игры, ЧР – чемпионат России, IJF – Международная федерация дзюдо, м – мужчины, ж – женщины, з – золото, с – серебро, б – бронза, абс. – абсолютное первенство.

18-30 июля 2017 г. в Самсуне (Турция) состоится очередные XXIII ЛСИ. В связи с этим представляет интерес оценка подготовки наших дзюдоистов.

Коллективный «портрет»

Анализируя протоколы и видеозаписи схваток чемпионата России 2012 года, мы попытались «нарисовать» коллективный портрет участников чемпионата того времени по следующим параметрам:

1. Представительство регионов России в чемпионате.
2. Возраст участников (средний и по весовым категориям).
3. Состояние технико-тактической подготовленности участников: активность, результативность; вариативность применяемой техники.
4. Качество побед.

Для анализа борцовских поединков использовались видеозаписи чемпионата России 2012 г., любезно предоставленные комплексной научной группой Университета физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург, работавшей тогда на чемпионате.

Контингент

В исследуемом ЧР участвовали команды из 19-ти субъектов РФ (всего 124 спортсмена).

Мужчины. В чемпионате России среди мужчин в 7 весовых категориях участвовало 85 спортсменов, из которых 11 человек затем боролись на ЛСИ в составе сборной России (личное, командное и абсолютное первенство). Средний возраст участников 24,9 лет (табл. 2).

Соревнования проводились по олимпийской системе с утешительными схватками борцов, проигравших полуфиналистам. На 119 проведенных схваток мужчины затратили 293 минуты «чистого» времени (в среднем 2 минуты 30 с на схватку) при максимально возможной продолжительности поединка 5 минут.

Таблица 1

В таблицу неофициального командного зачета попали представители из 17 регионов России, чьи участники по результатам соревнований заняли первые 5 мест в весовых категориях. Это говорит о наличии хорошей подготовки дзюдоистов почти в 90 % регионов РФ.

Женщины. В семи весовых категориях участвовало 42 спортсменки из которых 5 человек затем участвовали в ЛСИ.

Таблица 2

Возрастная дифференциация спортсменов по весовым категориям

Весовая категория (кг)	до 60	до 66	до 73	до 81	до 90	до 100	100+
Количество участников	13	18	13	14	9	9	6
Средний возраст (лет)	21,3	23,9	22,5	25,5	25,4	28,1	28

Таблица 3

Возрастная дифференциация спортсменок по весовым категориям

Весовая категория (кг)	до 48	до 52	до 57	до 63	до 70	до 78	78+
Количество участников	7	9	6	6	4	6	4
Средний возраст (лет)	23,1	24	22	22,3	22,8	25,3	22,8

Таблица 4

Средний возраст участниц 23,2 года (табл. 3).

Результаты анализа поединков на ЧР по дзюдо среди инвалидов по слуху

Всего на 55 проведенных схваток женщины затратили 84 минуты (в среднем 1 мин. 30с) при продолжительности схватки согласно правилам IJF – 4 минуты. В таблицу неофициального командного зачета попали представительницы только 14 (73 %) регионов.

Методы исследования

Для изучения предоставленных видеоданных использовались следующие методы: анализа видеоизображения, «нотационной записи», математической статистики и в завершение – сравнительный анализ показателей мужчин и женщин.

Состояние технико-тактической подготовки участников ЧР определялось по методике предложенной Е. М. Чумаковым и описанной в его учебнике в разделе «Тактика соревнования», подраздел «Разведка» [1].

Видеозаписи схваток ЧР просматривались на компьютере и с помощью специальных символов, разработанных Е. М. Чумаковым («нотационная запись»), «стенографировались» технические действия. Одновременно фиксировалась их оценка судьями: в какую сторону проведено действие или какой ногой (рукой) осуществлен прием. Дополнительно фиксировались и ситуации борьбы, связанные с комбинационными действиями или контрприемами.

Полученные данные анализировались и распределялись на 13 классификационных групп, в зависимости от используемой техники. Затем подсчитывалось количество попыток (успешных и неуспешных) и определялась сторона проведения приема (табл. 4).

Анализ видеозаписей и его результаты

Коллективный «портрет» участников чемпионата России строился на основании показателей технико-тактических действий спортсменов – активности, результативности и эффективности, – которые, на основании вышеприведенных

Классификационные группы приемов	Пол	Рранг	Кол-во попыток	Сторона	
				право	лево
Подножки	м	1	110	60	50
	ж	1	38	20	18
Броски через спину (бедро)	м	2	85	52	33
	ж	2	32	16	16
Подхваты, отхваты, подсады	м	3	70	45	25
	ж	5	15	10	5
Подсечки	м	4	53	27	26
	ж	3-4	19	7	12
Зацепы	м	5	39	24	15
	ж	6	12	4	8
Удержания	м	6	25	–	–
	ж	3-4	19	–	–
Броски через голову	м	7	23	13	10
	ж	9-10	3	3	0
Болевые приемы	м	8	12	9	3
	ж	11	2	2	0
Удушающие приемы	м	9	8	–	–
	ж	7	5	–	–
Броски с захватом ног	м	10	7	6	1
	ж	9-10	3	1	2
Выведение из равновесия	м	11	6	5	1
	ж	8	4	2	2
Броски через грудь	м	12-13	5	2	3
	ж	12	2	0	2
Броски через плечи «мельница»	м	12-13	5	3	2
	ж	13	1	1	0

данных (табл. 4), вычислялись по приведенным ниже формулам [1].

Активность нападения дзюдоиста (А) оценивалась как общее количество попыток выполнения технических действий (N), отнесенное к количеству схваток (n): $A = N : n$

В нашем случае мужчины в 119 схватках провели 448 попыток проведения приемов, а женщины в 55 схватках 155 попыток. Соответственно

$$A_m = 3,76, A_{ж} = 2,81.$$

Результативность нападения (R) определялась по формуле:

$$R = (10 \cdot i + 5 \cdot w + 1 \cdot u) : n,$$

где

i – количество приемов, оцененных, как чистая победа (ippon);

w – количество приемов, оцененных, как пол-победы (wazari);

u – количество приемов, оцененных, как «юко»(uko);

n – количество схваток.

В анализируемом ЧР мужчины получили 66 иппон (i), 33 вазаари (w) и 32 юко (u), женщины 32, 16 и 15 соответственно.

$$\text{То есть } R_m = 7,2; R_{ж} = 7,5.$$

Для часто применяемого броска иппон – сэо-наге (бросок через спину) – подсчитана средняя результативность одной попытки, при проведении приема вправо и влево.

Мужчины сделали 48 попыток провести этот прием вправо, заработав суммарно при этом 64 балла $R_{m_пр} = 1,33$; влево мужчины сделали 22 попытки и получили 67 баллов, $R_{m_лев} = 3,04$. Таким образом у мужчин результативность броска иппон – сэо-наге в левую сторону выше в 2,3 раза, чем в правую.

Женщины имеют более высокий показатель результативности проведения броска иппон (через спину) в правую сторону ($R_{ж_пр} = 2,76$), чем в левую ($R_{ж_лев} = 1,42$). у них результативность бросков вправо в 1,9 раза выше, чем влево.

Эффективность нападения (Э). Этот показатель говорит о соотношении уровня подготовленности борцов – чем больше различие в уровне подготовленности борцов, тем выше показатель.

Эффективность (Э) определяется по формуле: $\text{Э} = (n : N) \cdot 100\%$,

где n – количество удачно проведенных приемов;

N – общее количество попыток проведения приемов.

Мужчины провели 137 удачных попыток из 448, а женщины 64 из 155. Таким образом $\text{Э}_m = 30,6\%$, $\text{Э}_{ж} = 41,3\%$.

Более высокий показатель эффективности нападения у женщин по сравнению с мужчинами говорит, что у женщин ниже конкуренция и существенно большая разница в подготовленности.

Выводы

Проведенный нами анализ выступления участников ЧР по дзюдо 2012 г. показал высокий уровень готовности дзюдоистов к участию в ЛСИ-2013, который подтвердился завоеванными медалями.

Программа подготовки спортсменов к крупным соревнованиям обязательно должна включать все виды подготовок: теоретическую, тактическую, техническую, психологическую и физическую.

Данной работой мы показали возможности существующих методов контроля, обработки и применения на практике результатов соревновательной деятельности, используя доступную сегодня осуществимость видеосъемки поединков смартфонами, планшетами и т. п.

Анализ, сделанной видеозаписи, позволит охарактеризовать вероятных противников и добиться прогресса в тренировочном процессе и соревновательной деятельности, а также увидеть свои слабые и сильные стороны в подготовке и минимизировать ошибки.

Литература

1. Тактика борца-самбиста., Е. М. Чумаков, М., «Физкультура и спорт», 1976. 224 с. :ил.

Результаты применения программы АФК на основе сказкотерапии у детей младшего школьного возраста с ДЦП

Беляк О. Ю., магистрант 2 курса;

Дубровина Н. А., старший преподаватель.

Уральский федеральный университет им. Первого Президента России Б. Н. Ельцина (УрФУ), г. Екатеринбург

Ключевые слова: ДЦП, сказкотерапия, АФК, игры.

Аннотация. В статье приводятся результаты педагогического эксперимента по формированию вертикализации и обучению ходьбе детей младшего школьного возраста с ДЦП средствами физической культуры в форме сказкотерапии и игр.

Контакт: o.j.belyak@mail.ru

Results of APE program application on the basis of fairy tale therapy in children of primary school age with cerebral palsy

Belyak O. Yu., undergraduate student;

Dubrovina N. A., Senior Lecturer.

Ural Federal University named after the first President of Russia B. N. Yeltsin, Yekaterinburg.

Keywords: Cerebral palsy, Therapy with a story, APE, games.

Abstract. The article presents the results of a pedagogical experiment on the formation of verticalization and the teaching of walking of children of primary school age with cerebral palsy by means of physical culture in the form of fairy tale therapy and games

Введение

Детский церебральный паралич (ДЦП) характеризуется стабильными нарушениями развития моторики и поддержания позы, приводящими к двигательным дефектам [1].

На данном этапе развития медицинской науки глубоко изучены этиология и патогенез ДЦП, классифицированы формы заболевания и его клинические проявления. На научной основе разработаны и широко применяются различные методики реабилитации детей с ДЦП – метод нейроразвивающей терапии (Бобат-терапия), коррекционной Войта-терапии, динамической проприоцептивной коррекции (метод К. А. Семеновой), кондуктивная педагогика Андраша Петё и многие другие. Также нашли широкое применение современные методики реабилитации с применением современных средств физической культуры и технологий оздоровления – йога, анималотерапия, креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики АФК и др. Несмотря на широкий спектр представленных методик реабилитации, вопрос остается актуальным. На наш взгляд, существующие программы реабилитации не учитывают возрастные особенности психоэмоционального и личностного развития детей с последствиями ДЦП, их социометрический статус [2].

Цель исследования – формирование вертикализации и обучение ходьбе детей младшего школьного возраста с ДЦП средствами физической культуры.

Задачи исследования: 1) изучить и

проанализировать научно-методическую литературу по вопросам физической реабилитации детей с ДЦП; 2) разработать и апробировать программу по формированию вертикализации и обучению ходьбе детей младшего школьного возраста с ДЦП; 3) определить эффективность разработанной программы.

Организация исследования

Педагогический эксперимент проводился на базе кафедры сервиса и оздоровительных технологий института физической культуры, спорта и молодежной политики УрФУ.

В исследовании участвовали 12 детей с диагнозом ДЦП в форме спастической диплегии, поздняя резидуальная стадия, в возрасте 7-11 лет ($9,5 \pm 1,13$ года): 5 девочек (41,7 %) и 7 мальчиков (58,3 %). На момент проведения эксперимента все обследуемые дети обучались по общеобразовательной программе в средней школе. В соответствии с действующим образовательным стандартом учащиеся занимались АФК по 40 минут три раза в неделю. Из них 8 человек регулярно занимаются лечебной физической культурой дома под руководством родителей по индивидуальной программе, рекомендованной нейропсихологом и реабилитологом школы.

По результатам констатирующего этапа педагогического эксперимента произведено распределение детей в контрольную и экспериментальную группы по 6 человек в каждой, обеспечив относительно равные уровни двигательного и социально-личностного развития участников эксперимента.

Занятия в рамках экспериментальной программы проводились один раз в неделю в течение 2,5 месяцев.

Диагностический комплекс программы включал анализ личных данных ребенка, врачебно-педагогический контроль с расчетными индексами Бругша, Эрисмана, Кетле, мониторинг формирования двигательных навыков детей с ДЦП по Н. А. Дубровиной [4], исследование по модифицированной шкале мышечной спастичности Ашфорта, оценку длины шага и социально-личностного развития ребенка по методике, предложенной Г. Н. Лавровой [3].

Курс экспериментальной программы состоял из трёх этапов – подготовительного, основного и заключительного.

Подготовительный этап (три занятия) – знакомство специалиста по реабилитации с детьми, представление программы реабилитации, обучение осознанному восприятию себя, своих чувств и эмоций, а также воспринимание других участников процесса.

Для овладения техниками расслабления на подготовительном этапе использовались следующие группы упражнений:

- расслабление по контрасту с напряжением;
- расслабление с фиксацией на дыхании;
- расслабление – медитация.

Упражнения на расслабление и медитации включены в каждую сказку в программе.

После сказки или игры проводились расслабляющие танцы под медитативную музыку, расслабление, лежа на спине под звуки природы (шум леса, пение птиц и др.). Регулярно в ходе занятий ведущим отслеживалась мимика детей. При нарастании тревоги и напряжения в лице, позе участников вводилось расслабляющее упражнение или самомассаж.

Для снижения риска травм и подготовки к предстоящим упражнениям обязательным условием начала каждого занятия являлись разогрев и разминка. Разминка не входила во время основного занятия, т. к. время подготовки к занятию каждого ребенка с ДЦП индивидуально.

Комплекс упражнений, используемых в рамках проводимого эксперимента, состоит из модулей, направленных на снижение мышечного тонуса, тонических рефлексов, развитие координации равновесия, восстановление баланса тонуса мышц антагонистов, улучшение

ние проприорецепции, формирование и коррекция двигательной сферы.

В ходе работы на подготовительном и основном этапе использовались сказки хорошо знакомые участникам эксперимента, что облегчило их восприятие: «Заяц-косыка и родничок» (авт. Грибачёв Н. М.), «Ежик и море» (авт. Козлов С. Г.), «Дюймовочка» (авт. Х. К. Андерсен), «Снегурочка» (по мотивам русской народной сказки), «Царевна-лягушка» (по мотивам русской народной сказки в обработке Л. Афанасьева).

Если упражнение не могло быть выполнено из исходного положения, которое было запланировано изначально, ребенку предлагалось выполнять упражнение в более приемлемом положении, например, сидя, упор на коленях и т. п. Не исключалось использование вспомогательных средств: ходунков, тростей и различного вида опор.

В соответствии с программой, после третьего занятия основного этапа (шестого занятия от начала программы) предлагались занятия в игровой форме, чередующиеся с адаптивной физической культурой в форме сказкотерапии: подвижные приключенческие игры с сюжетом – квесты.

В ходе работы были разработаны и проведены игры с говорящими само за себя названиями: «На помощь Айболиту!», «Партизаны», «Пираты Уральского моря». Каждый квест состоял из 6-8 этапов, пройдя каждый из которых, участники получали «ключ» к следующему этапу в виде головоломки (вопрос, загадка). Во время выполнения интеллектуального задания дети расслаблялись, отдыхают, восстанавливают дыхание.

На протяжении всего курса АФК по разработанной программе, участники заполняли дневники – «Дневник принцессы» для девочек или «Дневник героя» для мальчиков. Всем участникам выдавалось задание для выполнения в течение недели до следующего занятия. Задания составлялись после консультации с родителями и с учетом уровня физического развития участников.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ результатов проводимого педагогического эксперимента проведен с использованием Т-критерия Стьюдента, коэффициента ранговой корреляции Спирмена, G-критерия знаков.

Оценка достоверности различий в результатах исследования контрольной и экспериментальной групп,

проведенная с помощью параметрического критерия Стьюдента (t), выявила достоверные различия в параметрах «двигательные навыки нижних конечностей», «ходьба», «передвижение в пространстве», «социальные способности» и «социальные умения и навыки» ($p < 0,05$).

По показателю «Ходьба» зафиксированы следующие показатели – $7,8 \pm 2,0$ vs $4,7 \pm 4,6$ баллов в экспериментальной и контрольной группах, соответственно (рис. 1).

Двигательные навыки нижних конечностей в контрольной и экспериментальной группах отмечены на уровне $3,67 \pm 2,5$ vs $5,83 \pm 1,3$ баллов, соответственно (рис. 2).

Результат оценки по показателю «Передвижение в пространстве» составил $8,33 \pm 2,8$ vs $4,6 \pm 2,7$ баллов, соответственно (рис. 3).

Предложенная программа АФК на основе сказкотерапии и игрового метода позволила получить положительные динамику развития социальных знаний, умений и навыков – установлены статистически значимые различия в экспериментальной группе по сравнению с группой контроля. Действительно, по результатам статистического анализа у детей в экспериментальной группе в сравнении с контрольной группой показатель «Социальные способности» составил $13 \pm 2,0$ vs $10,3 \pm 2,8$ баллов, показатель «Социальные умения и навыки» – $23,83 \pm 3,1$ vs $19,5 \pm 4,5$ баллов (рис. 4).

У четырех из шести детей отмечен уровень социального развития выше среднего, у двоих – относительно положительная динамика (средний уровень).

Динамика изменения показателей по группам мониторинга оценки двигательных навыков в экспериментальной и контрольной группах представлена в таблице 1.

В контрольной группе статистически значимых изменений в двигательном развитии не выявлено.

Для проверки гипотезы о взаимосвязи социально-личностного и двигательного развития детей с ДЦП проведен корреляционный анализ данных по этим категориям с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Установлено, что коэффициенты корреляции Спирмена для массива данных по категории «Мониторинг формирования двигательных навыков» и «Оценка социально-личностного развития» до и после эксперимента составляли $0,486$ vs $0,700$, соответ-

ственно. Коэффициент корреляции $r_s = 0,700$ свидетельствует о высокой степени связи анализируемых категорий.

Изменения длины шага в экспериментальной группе (рис. 5), проанализированные по критерию Стьюдента (ТТест), признаны статистически значимыми и составили $6,75 \pm 5,7$ см до эксперимента и $9,41 \pm 4,7$ см после эксперимента ($p = 0,004$; $p \leq 0,01$). Важно отметить, что у одного из участников по завершению эксперимента зафиксирована ходьба с опорой (ходунки) и длиной шага $4,5$ сантиметра (в начале эксперимента ребенок не мог совершить шаг, и длина шага была зафиксирована нулевой).



Рис. 1. Изменения по показателю «Ходьба» в экспериментальной и контрольной группах

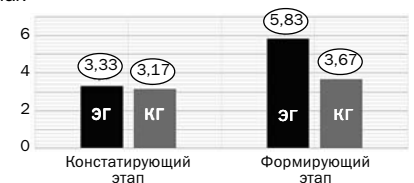


Рис. 2. Изменения по показателю «Двигательные навыки нижних конечностей» в экспериментальной и контрольной группах

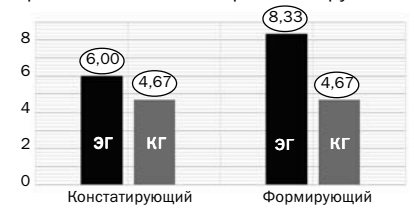


Рис. 3. Изменения по показателю «Передвижение в пространстве» в контрольной и экспериментальной группах

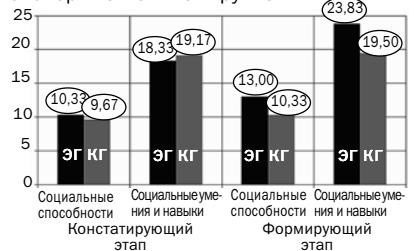


Рис. 4. Изменения в социально-личностном развитии



Рис. 5. Изменение длины шага (см)

Таблица 1

Динамика показателей мониторинга в экспериментальной и контрольной группах

№ участ-ника	Группа	Показатели													
		1		2		3		4		5		6		7	
		до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
1	ЭГ	6	9	8	8	7	10	12	12	8	8	9	12	13	13
	КГ	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3
2	ЭГ	3	3	4	6	5	5	5	5	5	8	5	7	7	9
	КГ	3	3	1	3	2	3	3	3	5	5	5	5	3	3
3	ЭГ	3	3	2	5	2	5	2	4	3	5	4	7	5	7
	КГ	6	6	8	8	6	6	9	9	5	5	12	10	10	10
4	ЭГ	6	6	3	6	2	5	4	6	5	6	4	7	5	9
	КГ	3	3	1	2	7	7	9	9	8	8	3	2	4	4
5	ЭГ	3	3	2	6	3	5	4	6	3	3	4	7	5	7
	КГ	5	5	1	1	2	2	2	3	5	5	2	3	5	5
6	ЭГ	3	3	1	4	1	5	2	2	1	5	4	7	1	5
	КГ	6	6	5	5	1	2	2	2	3	3	4	4	3	3
x±σ	ЭГ	4,00±1,50	4,50±2,50	3,30±2,50	5,83±1,30	3,30±2,20	5,83±2,00	4,83±3,70	5,83±3,40	4,20±2,40	5,80±1,90	5,00±0,50	7,83±2,00	6,00±3,90	8,33±2,70
	КГ	4,30±1,50	4,30±1,50	3,20±2,80	3,70±2,50	3,50±2,40	3,80±2,10	4,80±3,30	5,00±3,20	4,80±1,80	4,80±1,80	5,00±3,60	4,70±2,80	4,70±2,70	4,70±2,70
p	ЭГ	0,180		0,003		0,003		0,037		0,027		0,035		0,012	
	КГ	1,000		0,750		0,800		0,930		1,000		0,860		1,000	
	ЭГ	p≥0,05		p≤0,01		p≤0,01		p≤0,05		p≤0,05		p≤0,05		p≤0,05	
	КГ	p≥0,05		p≥0,05		p≥0,05		p≥0,05		p≥0,05		p≥0,05		p≥0,05	

Примечание: ЭГ – экспериментальная, КГ – контрольная группа, 1 – наличие тонических рефлексов; 2 – двигательные навыки нижних конечностей; 3 – ползание, 4 – двигательные навыки верхних конечностей; 5 – положение сидя; 6 – ходьба; 7 – передвижение в пространстве.

В целом отмечено улучшение физического развития в экспериментальной группе, что подтверждается увеличением индексов Эрисмана, Бругша – 3,9±4,5 и 53,0±3,5 балла, соответственно, и, с одной стороны, может быть связано с проведенным курсом АФК. С другой стороны, причиной роста показателей физического развития, может быть естественный ход развития и начало пубертатного периода. Тем не менее, оценка общего физического развития остается ниже среднего и требует дополнительного внимания со стороны врачей и специалистов по физической культуре.

Несмотря на включение в программу методик расслабления и медитации, изменения спастичности по Ашфурту незначительны.

Проверка наличия и качества сдвигов проводилась с использованием G-критерия знаков (табл. 2, 3).

В соответствии с таблицей 3 наиболее типичными являются положительные сдвиги, и они преобладают в экспериментальной группе.

Т. о. Gн – количество нетипичных сдвигов в экспериментальной группе Gн = 1. Gк – объем выборки без нулевых значений. Для экспериментальной группы Gк = 13.

Для экспериментальной группы Gн меньше Gк, т. е. наличие нетипичных сдвигов мало (n=1) и преобладание типичного сдвига является неслучайным, оно обусловлено влиянием проведенной программы реабилитации.

Заключение

Анализ результатов проводимого педагогического эксперимента выявил прогресс в развитии детей с ДЦП. В группе отмечено повышение уровня как двигательного, так и социально-личностного развития. С высокой степенью достоверности выявлено различие между контрольной и экспериментальной групп по показателям «Ходьба», «Передвижение в пространстве», а также «Социальные способности», «Социальные умения и навыки».

На основе результатов корреляционного анализа выявлена зависимость между уровнем двигательного и социально-личностного развития.

Литература

1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с детским церебральным параличом: 15 февраля 2013 // Союз педиатров России. – 2013.
2. Гринина Е. С., Максимова С. В. Особенности общения дошкольников с ДЦП // Социокультурная интеграция и специальное образование: сб. науч. ст. – М., 2015. – С. 42-49.
3. Лаврова Г. Н. Система социально-личностного развития детей с ограниченными возможностями здоровья. // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2009. – № 5 (138).
4. Топоркова (Дубровина) Н. А. Мониторинг формирования двигательных навыков у детей дошкольного возраста с ДЦП. / Адаптивная физическая культура. – 2012. – №3(51). – С. 36-37.

Таблица 2

Наличие сдвигов в двигательном, социально-личностном и физическом развитии детей из экспериментальной (ЭГ) и контрольной (КГ) групп, с использованием G-критерия знаков

Параметр развития	Гр.	до	после	сдвиг
Двигательное развитие				
Наличие тонических рефлексов	ЭГ	4,00	4,50	+0,50
	КГ	4,33	4,33	0
Двигательные навыки нижних конечностей	ЭГ	3,33	5,83	+2,50
	КГ	3,17	3,67	+0,50
Ползание	ЭГ	3,33	5,83	+2,50
	КГ	3,50	3,83	+0,33
Двигательные навыки верхних конечностей	ЭГ	4,83	5,83	+1,00
	КГ	4,83	5,00	+0,17
Положение сидя	ЭГ	4,17	5,83	+1,66
	КГ	4,83	4,83	0
Ходьба	ЭГ	5,00	7,83	+2,83
	КГ	5,00	4,67	+0,33
Передвижение в пространстве	ЭГ	6,00	8,33	+2,33
	КГ	4,67	4,67	0
Спастичность по Ашфурту	ЭГ	3,50	3,50	0
	КГ	3,67	3,67	0
Длина шага	ЭГ	6,75	9,42	+2,67
	КГ	8,85	8,85	0
Социально-личностное развитие				
Социальные способности	ЭГ	10,33	13,00	+2,67
	КГ	9,67	10,33	+0,66
Социальные умения и навыки	ЭГ	18,33	23,83	+5,50
	КГ	19,17	19,50	+0,33
Физическое развитие				
Индекс Эрисмана	ЭГ	2,67	3,92	+1,25
	КГ	5,58	5,54	-0,04
Индекс Бругша	ЭГ	52,0	53,08	+1,08
	КГ	54,60	54,53	-0,07
ИМТ	ЭГ	16,32	16,28	-0,04
	КГ	16,16	15,79	-0,37

Таблица 3

Расчет количества положительных, отрицательных и нулевых сдвигов в двух группах

Группа и сумма	Количество сдвигов в группе		
	положительных	отрицательных	нулевых
ЭГ	12	1	1
КГ	6	3	5
Сумма	18	4	6

Влияние занятий играми с мячом на физическую подготовленность детей с умственной отсталостью

Правдов М. А., доктор педагогических наук, профессор, профессор кафедры теории и методики физической культуры и спорта;

Шамуратов С. Ф., аспирант кафедры теории и методики физической культуры и спорта;

Тюкавкина Е. В., аспирантка кафедры теории и методики физической культуры и спорта.

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный университет», Шуйский филиал.

Ключевые слова: дети с умственной отсталостью, физическая подготовленность, дифференцирование мышечных усилий, упражнения с мячами.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования о влиянии занятий с мячом на физическую подготовленность детей с умственной отсталостью.

Контакт: dmitry1@rambler.ru

The influence of ball games on the physical fitness of mentally challenged children

Dr. Pravdov M. A., doctor of pedagogical sciences, professor, professor of the department of theory and methods of physical culture and sports;

Shamuratov S. F., postgraduate student of the department of theory and methods of physical culture and sports;

Tyukavkina E. V., postgraduate student of the department of theory and methods of physical culture and sports.

«Ivanovo State University», Shuya branch

Keywords: mentally challenged children, physical fitness, differentiation of muscular effort, exercises with balls.

Abstract. The article presents the results of a study on the impact of training with the ball on the physical preparedness of children with mental retardation.

Введение

В настоящее время образовательные учреждения для детей-инвалидов работают на основе новой адаптированной основной образовательной программы (АООП), направленной на реализацию социально-личностного, интеллектуального, психофизического развития детей. Целью АООП является создание адекватных условий для максимального удовлетворения особых образовательных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в том числе средствами физической культуры [1, 4].

В процессе занятий адаптивной физической культурой у детей с ОВЗ формирование двигательных умений и навыков, развитие физических качеств и способностей во многом обусловлено спецификой того или иного заболевания. В частности, дети с умственной отсталостью характеризуются особым психофизическим и двигательным потенциа-

лом [1, 3, 5]. В исследованиях разных авторов показано положительное влияние на развитие двигательных способностей детей с умственной отсталостью средств различных видов спорта, в том числе волейбола, мини-волейбола по-японски [1], футбола [2, 3 и др.]. При этом, потенциал игр с мячом, который может быть реализован в педагогической системе занятий физической культурой в специальных образовательных учреждениях для детей с умственной отсталостью, недостаточно изучен.

Цель исследования заключалась в экспериментальной проверке влияния методики занятий на основе применения игр и упражнений с мячами разного веса и размера на физическую подготовленность детей с легкой степенью умственной отсталостью.

Организация и методы исследования

Исследования проводились на базе Областного государственного

казенного общеобразовательного учреждения (ОГКОУ) коррекционной школы-интерната г. Шуи Ивановской области. В исследовании приняли участие 42 человека. Количество детей в контрольной и экспериментальной группах 20 и 22 чел. соответственно.

В контрольной группе занятия проводились на основе содержания адаптированной образовательной программы по традиционной для данной категории детей методике. Занятия в экспериментальной группе проводились на основе разработанной методики с использованием игровых упражнений из разных видов спорта с мячами разного веса и размера.

В содержание комплекса упражнений были использованы: футбольные, баскетбольные, волейбольные, гандбольные мячи, мячи для игры «Бочча». Кроме того, применялись специально изготовленные мячи разного размера и веса: «большой – легкий» (диаметр 50 – 100 см, вес от 150 до 300 гр.); «маленький – тяжелый» (диаметр 5 – 10 см, вес 300– 400 гр.); «маленький – легкий» (диаметр 5 – 10 см, вес 50-70 гр.); «большой – тяжелый» (диаметр 20 – 30 см, вес 400 – 500 гр.). При этом мячи имели разное покрытие (кожаные, пластиковые, резиновые, тканевые), цвет и степень «накаченности».

Экспериментальная методика занятий на основе использования игровых упражнений с мячами базировалась на следующих положениях:

- подбор адекватных упражнений степени развития у детей способности к дифференцированию мышечных усилий;
- обеспечение условий выполнения различных движений руками и ногами;
- распределение игровых упражнений с мячами по сложности их выполнения;
- составление блоков специальных игровых упражнений с мячами по направленности освоения двигательных действий.

Занятия по адаптивной физической культуре с использованием упражнений с мячами делились на игры для развития: координации двигательных действий; скоростно-сило-

вых, силовых и скоростных способностей; способности к дифференцированию мышечных усилий.

Занятия проводилось 2 раза в неделю, длительностью по 40 мин. Общий объем занятий по экспериментальной методике составил 33,5 % от общего их количества в году.

Результаты

В результате проведенного педагогического эксперимента установлено положительное влияние разработанной методики с использованием игровых упражнений из разных видов спорта с мячами разного веса и размера на физическую подготовленность детей с легкой степенью умственной отсталости.

Анализ результатов детей с умственной отсталостью (таблица) показал – после проведения педагогического эксперимента у школьников, входящих в экспериментальную группу, показатели физической подготовленности достоверно выше, чем у их сверстников из контрольной группы ($p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, использование комплекса игровых упражнений из

Результаты тестирования физической подготовленности детей контрольной и экспериментальной групп в начале и по окончании педагогического эксперимента ($X \pm m$)

Контрольные упражнения	Сроки проведения тестирования	КГ (n=20)	ЭГ (n=22)	t расч.	p
Бег 30 м (с)	НЭ	6,6±0,2	6,5±0,2	1,58	>0,05
	ОЭ	6,4±0,1	6,1±0,1	2,19*	<0,05
Прыжок в длину с места (см)	НЭ	101,3±1,2	101,6±1,1	1,33	>0,05
	ОЭ	113,6±0,7	121,8±0,9	2,16*	<0,05
Подъем туловища за 30 с (кол-во раз)	НЭ	15,2±0,9	14,3±0,8	1,45	>0,05
	ОЭ	17,5±0,2	21,5±0,4	2,55*	<0,05
Динамометрия, правая рука	НЭ	16,5±0,1	14,5±0,1	1,87	>0,05
	ОЭ	20,3±0,2	23,5±0,3	2,46*	<0,05
Динамометрия, левая рука	НЭ	15,5±0,2	15,4±0,3	1,56	>0,05
	ОЭ	18,1±0,2	21,2±0,3	2,78*	<0,05

Примечание: КГ – контрольная, ЭГ – экспериментальная группы; НЭ – начало, ОЭ – окончание эксперимента.

арсенала видов спорта с мячами разного размера и веса, их выполнение из различных положений тела в пространстве руками и ногами оказывает положительное влияние на развитие скоростно-силовых и координационных способностей у детей с легкой степенью умственной отсталости.

Литература

1. Высовень Г. И. Мини-волейбол по-японски как средство организации внеурочной деятельности по физической культуре учащихся с легкой степенью умственной отсталости / Г. И. Высовень // Адаптивная физическая культура. – СПб., 2014. – № 1 (57). – С. 18–19
2. Малыгина Е. Н. Коррекция психофизического статуса детей 12–13 лет с нару-

- шением интеллекта в процессе занятий волейболом: дис.... канд. пед. наук / Е. Н. Малыгина. – Хабаровск, 2002. – 168 с.
3. Никонов Е. В. Коррекция психомоторного состояния учащихся 10–12 лет с отклонениями в умственном развитии средствами футбола: дис.... канд. пед. наук / Е. В. Никонов – М., 2004. – 185 с.
 4. Правдов М. А. Методика развития и коррекции психофункциональных и физических способностей детей с ограниченными возможностями здоровья / М. А. Правдов, Е. А. Шмелева, А. В. Корнев / Здоровье нации – основа процветания России. Материалы IX Всероссийского форума, 2015. – 2015. С. 269–273.
 5. Шамуратов С. Ф. Состояние проблемы физического воспитания детей с умственной отсталостью / С. Ф. Шамуратов / Школа будущего. -2016. -№5. – С. 168-172

Дата поступления статьи: 7 июня 2017 г.

Оценка развития двигательных навыков у детей 7-8 лет с депривацией зрения

Гриднева В. В., преподаватель кафедры Теории и методики АФК;

Налобина А. Н., доктор биологических наук, доцент, заведующая кафедрой Теории и методики АФК;

Волова М. В., аспирантка.

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет физической культуры и спорта», г. Омск

Ключевые слова: младшие школьники, депривация зрения, основные движения, двигательные навыки, адаптивная физическая культура.

Аннотация. В статье рассматривается проблема оценки сформированности двигательных навыков у детей 7-8 лет с депривацией зрения. Обоснованы подходы к коррекции двигательных нарушений в условиях реализации Федерального государственного стандарта начального общего образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья. Приводится комплекс контрольных упражнений для оценки развития двигательных навыков.

Контакт: vitalina-85@mail.ru

Assessment of the development of motor skills in children 7-8 years with deprivation of vision

Gridneva V. V., teacher of the Department of Theory and Methodology of APE;

Dr. Nalobina A. N., D. Doctor of Biological Sciences, Associate professor, Head of the Department of Theory and Methodology of APE;

Volova M. V., postgraduate student.

Siberian State University of Physical Education and Sport, Omsk

Keywords: younger schoolchildren, deprivation of vision, basic movements, motor skills, adaptive physical culture.

Abstract. The article deals with the problem of assessing the formation of motor skills in children 7-8 years with deprivation of vision. Approaches to the correction of motor disabilities in the context of the implementation of the Federal State Standard of Primary General Education for persons with disabilities are substantiated. A set of control exercises for assessing the development of motor skills is given.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире зарегистрировано около 39 миллионов слепых и 246 миллионов слабовидящих

людей [3]. В России с каждым годом возрастает количество лиц, имеющих стойкие отклонения в зрительной функции. На сегодняшний день по официальным данным в стране

насчитывается более 275 тысяч людей с депривацией зрения [6].

Многие авторы [1, 7] отмечают, что для детей с депривацией зрения характерны нарушения формирования

ния двигательных навыков, отстаивания в темпах физического развития и биологического созревания, нарушения координационных способностей. Вследствие расстройства зрительно-моторной координации снижается скорость и качество выполнения двигательного действия различного характера.

Один из компонентов коррекционно-развивающей помощи таким детям – занятия различными видами адаптивной физической культуры (АФК). Действующие программы по физическому воспитанию для специальных (коррекционных) школ 3-4 видов разработаны еще в 90-х годах, а сейчас только переиздаются с незначительными доработками. Данные программы не учитывают современные достижения АФК, особенности здоровья, уровни физической подготовленности и сформированности основных движений у детей [7].

Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья (ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ) был утвержден Приказом Минобрнауки от 19.12.2014 № 1598. Этот стандарт был разработан для детей различных нозологических групп, в том числе и для детей с депривацией зрения. В письме Министерства образования и науки РФ от 19 февраля 2016 г. № 07-719 отмечается, что ФГОС НОО для слепых и слабовидящих детей обеспечивает создание благоприятных условий для достижения на начальной ступени обучения каждым учащимся социально желаемого уровня личностного и познавательного развития. Именно в начальный период, в младшем школьном возрасте, содержание образования в наибольшей степени влияет на развитие ребенка, на формирование у него компенсаторных способов познания окружающего мира [9].

В соответствие с федеральным стандартом одним из наиболее важных результатов освоения предметной области по физической культуре является овладение основными двигательными умениями и навыками [10].

Двигательные нарушения у данной категории детей оказывают непосредственное влияние на их физи-

ческую подготовленность, физическое развитие и формирование компенсаторных возможностей. Важно отметить связь сформированности основных движений с уровнем физической подготовленности детей.

Многими авторами проводился сравнительный анализ уровня развития физических качеств школьников с нарушением зрения и школьников общеобразовательных школ, анализ состояния здоровья, но нормативы являются устаревшими [1]. Двигательная функция нормально развивающихся детей была описана многими авторами [2, 4, 8]. Механизмы образования двигательных навыков, этапы формирования основных движений у детей, имеющих депривацию зрения, были изучены недостаточно. Уровни сформированности основных движений, возрастные особенности формирования двигательных навыков детей данной категории не определялись. Мы выявили полное отсутствие в научно-методической литературе сведений о контрольных упражнениях, которые могли бы дать оценку развития основных движений слепых и слабовидящих детей. Кроме того, ранее слепые и слабовидящие дети принимались на обучение в специальную (коррекционную) школу с 8 лет, именно по этой причине физическое развитие и подготовленность детей 7-летнего возраста практически не изучались, а ведь именно дети данного возраста в настоящее время составляют основную часть обучающихся в первом классе адаптивной школы. Необходимо отметить отсутствие программ, направленных на формирование основных движений у детей со стойкими отклонениями в состоянии зрительной функции, которые соответствовали бы требованиям ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ.

Итак, проблема изучения уровня сформированности основных движений у детей 7-8 лет с депривацией зрения в условиях адаптивной школы является весьма актуальной.

Цель исследования – разработка методики оценки развития двигательных навыков у детей 7-8 лет с депривацией зрения в условиях реализации ФГОС НОО для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи исследования:

1. Разработать комплекс контрольных упражнений, направленных на оценку уровня развития основных движений у детей младшего школьного возраста с депривацией зрения.
2. Определить особенности развития двигательных навыков у детей младшего школьного возраста с депривацией зрения.

Материалы и методы исследования

В октябре 2016 года нами на базе КОУ «Адаптивная школа-интернат № 14» г. Омска было проведено тестирование двигательной подготовленности детей, имеющих депривацию зрения, участвовали слепые и слабовидящие дети 7-8 лет. Исследовано 18 детей, из них десять человек 7-летнего и восемь 8-летнего возраста, ученики 1 и 2 классов соответственно. На основании анализа медицинских карт у младших школьников были выявлены следующие заболевания глаз: астигматизм (n=14), миопия средней и высокой степени (n=11), косоглазие различных видов (n=6), нистагм (n=5), глаукома (n=5), частичная атрофия зрительного нерва (n=1). В каждом классе по одному ребенку имели тотальную слепоту.

Для разработки комплекса контрольных упражнений, направленных на оценку развития основных движений у младших школьников с депривацией зрения, нами были взяты за основу тестовые задания А. И. Кравчука (1998) [4]. Автор оценивал двигательную подготовленность здоровых дошкольников качеством выполнения контрольных упражнений. Проводилась оценка восьми основных движений: движения руками, движения ногами, ходьба, бег, равновесие, лазанье, прыжки, метание (таблица 1).

Так как для детей с нарушением зрения характерна задержка в формировании основных движений, то, на наш взгляд, для оценки их сформированности можно применить контрольные упражнения, предложенные для нормативно развивающихся детей 6-7 годов жизни.

Оценка качества выполнения предложенных контрольных упражнений проходила с участием пяти

Таблица 1
Нормативные требования двигательной подготовленности детей 6-7-го годов жизни

Оцениваемый двигательный навык	Контрольное упражнение
Движения руками	И. п. – о. с.: 1-руки вперед, 2 – руки в стороны, 3 – руки вверх, 4 – дугами наружу руки вниз. Повторить два раза.
Движения ногами	И. п. – упор сидя сзади: 1 – согнуть ноги, 2 – и. п., 3 – ноги врозь (угол 90°), 4 – и. п., 5 – ноги вперед, 6 – и. п., 7 – носки вперед (на себя), 8 – и. п. Повторить два раза.
Ходьба	И. п. – стоя на конце рейки перевернутой скамейки, руки на пояс. Ходьба через три куба (16x16x16 см), размещенных в ряд на середине скамейки на расстоянии 35-40 см один от другого.
Бег	Бег по горизонтальной скамейке через три препятствия (кубы 16x16x16 см), расположенные на расстоянии 45-50 см один от другого на середине скамейки. Бег выполняется без перехода на ходьбу и остановок.
Равновесие	Вертикальное равновесие на одной, другая назад на 30°, стоя на гимнастической скамейке, руки в стороны. Отклонение положения частей тела, при выпрямленной осанке, без схождения с места, не более 30°. Длительность удержания равновесия не менее 16,7 с.
Лазание	Лазание по гимнастической стенке (высота 260 см.) с перелезанием на другую сторону. Лазанье должно выполняться произвольным способом, без остановок, уверенно.
Метание	И. п. – стойка ноги врозь одной вперед, мяч диаметром 38 см за головой на расстоянии 200 см от гимнастической стенки (высота 260 см). Броски мяча через гимнастическую стенку одной рукой.
Прыжки	Прыжки в длину с разбега 5-6 м толчком одной и махом другой с приземлением на две ноги, без пробегания, остановок или приземления на одну ногу.

Таблица 2
Результаты оценки развития двигательных навыков у детей 7-8 лет с депривацией зрения, $\bar{X} \pm \sigma$

Двигательный навык	Дети с депривацией зрения 7-8 лет		
	Учащиеся		Общегрупповой показатель (n=18)
	1 класса (n=10)	2 класса (n=8)	
Результат (баллы)			
Движения руками	1,70 ± 0,48	1,60 ± 0,52	1,60 ± 0,49
Движения ногами	1,70 ± 0,48	2,00 ± 0,76	1,80 ± 0,62
Ходьба	0,20 ± 0,42	0,40 ± 0,52	0,28 ± 0,46
Бег	0,20 ± 0,32	0,1 ± 0,35	0,10 ± 0,32
Равновесие	0,30 ± 0,48	0,3 ± 0,43	0,28 ± 0,46
Лазание	0	0,1 ± 0,35	0,06 ± 0,24
Прыжки	0	0	0
Метание	0,10 ± 0,32	0,1 ± 0,35	0,10 ± 0,32

экспертов. Используя четырехбалльную шкалу, для оценки качества выполнения контрольных упражнений, можно судить о степени владения двигательными действиями:

3 балла – безупречное выполнение упражнения с оптимально-максимальной амплитудой и скоростью;

2 балла – едва заметное отклонение от безупречного выполнения по амплитуде и скорости;

1 балл – значительное отклонение по амплитуде (более 30°) и скорости;

0 баллов – искажение, замена другим схожим движением, отказ от выполнения.

Дети, получившие оценки 2-3 балла, считались освоившими движение качественно.

При описании результатов использовались общепринятые методы математической статистики. Определя-

лись среднее арифметическое и стандартное отклонение. Оценка достоверности различий изучаемых показателей осуществлялась по Т-критерию Уайта при 5% уровне значимости.

Результаты исследования

Результаты оценки развития двигательных навыков у детей 7-8 лет

с депривацией зрения представлены в таблице 2.

При выполнении контрольного упражнения, определяющего степень владения навыком движения руками, на 2 балла были оценены 6 человек (60%), обучающихся в первом классе и 5 человек (62,5%) – обучающихся во втором классе. Остальные дети (четверо из 1 класса и трое из 2 класса) выполнили упражнение на 1 балл. Таким образом, качественное выполнение движений руками освоили 60% учащихся первого класса и 62,5% учащихся второго класса.

Степень владения навыком движения ногами была оценена на 3 балла у 2 учеников (25%) из 2 класса; на 2 балла – у 6-ти (60%) из 1 класса и 4-х (50%) из 2 класса; на 1 балл – 4 человека из 1 класса и 2 человека из 2 класса. Таким образом, качественное

выполнение движений ногами освоили 60% обучающихся в 1 классе и 75% обучающихся во 2 классе.

Результаты оценки степени владения навыком ходьбы показывают, что ходьба по рейке перевернутой скамейки с преодолением препятствий составляет для детей большую трудность: 2 человека из 1 класса и 3 человека из 2 класса выполнили это упражнение на 1 балл, остальные дети с заданием не справились вообще.

При оценке навыка бега только двое детей из 18 смогли выполнить передвижение, стоя на конце рейки перевернутой скамейки, через три куба размером 16x16x16 см, размещенных в ряд на середине скамейки. Для большинства детей с депривацией зрения данное упражнение невыполнимо.

Для оценки степени развития навыка равновесия ученикам адаптивной школы было предложено упражнение, заключающееся в удержании равновесия, стоя на гимнастической скамейке. Задание смогли выполнить на 1 балл только 3 ученика (10%) первого класса и 2 ученика (25%) второго класса, остальные дети данное упражнение не выполнили.

С лазаньем по гимнастической стенке с перемахом через верхнюю рейку и перелезанием на другую сторону справился только 1 учащийся второго класса, и то с оценкой в 1 балл.

Навыки метания смогли продемонстрировать на 1 балл только по одному ребенку из каждого класса. Остальные дети не смогли перебросить мяч через веревку, натянутую на высоту 2,6 метров.

Контрольное упражнение, предложенное А. И. Кравчуком (1998), для оценки развития навыка прыжков у здоровых детей дошкольного возраста противопоказаны исследуемой нами категории детей, так как связаны с интенсивным сотрясением тела в пространстве, что может привести к осложнениям в состоянии зрительной функции детей, в частности к отслойке сетчатки глаза.

Общегрупповой, средний, результат суммы баллов у младших школьников с нарушением зрения за все контрольные упражнения составил $4,3 \pm 1,64$ балла с максимально возможным результатом 24 балла.

Таким образом, в результате исследования было выявлено, что при выполнении многих контрольных упражнений, которые предлагались Кравчуком (1998) для здоровых детей старшего дошкольного возраста, дети с депривацией зрения младшего школьного возраста испытывали значительные затруднения. Поэтому возникла необходимость в адаптации данных контрольных упражнений к особенностям здоровья и физическому состоянию детей с нарушением зрения.

Необходимы изменения условий выполнения контрольного упражнения для оценки навыка лазания и метания. Для оценки навыка метания была до 2 метров уменьшена высота подъема веревки, через которую необходимо бросить мяч. За адаптированное контрольное упражнение, оценивающее навык метания, 1 балл получили 8 учеников (80%) 1 класса и 5 (62,5%) учеников 2 класса; 2 балла – 1 ученик (10%) из 1 класса и 2 ученика (25%) из 2 класса; 3 балла – 1 учащийся (12,5%) 2 класса. Полностью не справился с заданием 1 человека из 1 класса. Таким образом, качественно выполнили упражнение 10% учащихся 1 класса и 37,5% учащихся 2 класса.

Для оценки развития навыка лазания испытуемым было предложено лазание по гимнастической стенке вверх до верхней рейки с последующим перемещением вниз. Лазанье должно выполняться произвольным способом, без остановки, уверенно. При выполнении данного упражнения на 2 балла были оценены 6 учеников (75%) второго класса, на 1 балл 2 ученика второго класса и все ученики первого класса.

Для оценки навыка ходьбы мы применили упражнение из исходного положения стоя на гимнастической скамейке. Качественно выполнили данное задание 2 человека (20%), обучающихся в 1 классе и 6 человек (75%), обучающихся во 2 классе.

Нами было изменено контрольное упражнение для оценки навыка бега. Дети выполняли бег по неперевернутой скамейке, препятствия были убраны. Слепые дети выполняли упражнение, держась за руку учителя. В 1 классе только 2 человека (20%)

Таблица 3
Результаты оценки развития двигательных навыков у детей 7-8 лет с депривацией зрения в адаптированных контрольных упражнениях, $X \pm \sigma$

Двигательный навык	Контрольное упражнение	Дети с депривацией зрения (n=18)
Движения руками	И. п. – о. с.: 1 – руки вперед, 2 – руки в стороны, 3 – руки вверх, 4 – дугами наружу руки вниз. Повторить два раза.	1,67 ± 0,49
Движения ногами	И. п. – упор сидя сзади: 1 – согнуть ноги, 2 – и. п., 3 – ноги врозь (угол 90°), 4 – и. п., 5 – ноги вперед, 6 – и. п., 7 – носки вперед 9на себя). 8 – и. п. Повторить два раза.	1,83 ± 0,61
Ходьба	И. п. – стоя на скамейке, руки на пояс. Ходьба через три куба (16x16x16 см), размещенных в ряд на середине скамейки на расстоянии 35 – 40 один от другого.	1,40 ± 0,51
Бег	Бег по горизонтальной скамейке. Бег выполнять без перехода на ходьбу и остановок.	2,39 ± 0,7
Равновесие	Вертикальное равновесие на одной, другая назад на 30 градусов, стоя на гимнастической скамейке, руки в стороны. Отклонение положения частей тела, при выпрямленной осанке, без схождения с места, не более 30°. Длительность удержания равновесия не менее 8 с.	1,72 ± 0,57
Лазание	Лазание по гимнастической стенке вверх до верхней рейки с последующим перемещением вниз. Лазанье должно выполняться произвольным способом, без остановки, уверенно.	1,33 ± 0,49
Метание	И. п. – стойка ноги врозь одной вперед, мяч диаметром 38 см за головой на расстоянии 200 см от веревки (высота 200 см). Броски мяча через веревку одной рукой.	1,22 ± 0,65
Прыжки	Прыжки на двух ногах с взмахом руками и продвижением вперед на 5 – 6 метров. Прыжки выполняются вверх-вперед на слегка согнутых ногах с небольшим (не больше шага) продвижением вперед. Для того чтобы смягчить приземление детей, в месте выполнения прыжков на пол должны быть выложены гимнастические маты.	1,33 ± 0,49

из 10 выполнили упражнение на 2 балла, остальные дети были оценены на 1 балл; во 2 классе 4 человека (50%) выполнили упражнение на 2 балла, 3 человека на 1 балл, 1 человек не справился с заданием – 0 баллов. Никто из исследуемых не выполнил задание на 3 балла.

Было сокращено время выполнения контрольного упражнения для оценки навыка равновесия. С такими условиями задание на 1 балл выполнили 9 первоклассников (90%), а один ученик справился с заданием на оценку 2 балла; среди учащихся 2 класса данное задание выполнило 6 (75%) человек на 2 балла, 1 человек (12,5%) – на 3 балла, 1 человек – на 1 балл.

Прыжки в длину с разбега толчком одной и махом другой с приземлением на две ноги были заменены прыжками на двух ногах с продвижением вперед на 5 – 6 метров. Для того чтобы смягчить приземление детей, в месте выполнения прыжков на пол были выложены гимнастические маты. Все ученики 1 класса выполнили данное контрольное упражнение на 1 балл. Учащиеся 2 класса

были оценены экспертами следующим образом: 2 человека (15%) получили по 1 баллу, 6 человек (75%) – 2 балла (таблица 3).

Выводы

Все основные движения выполняли качественно, на 2-3 балла, двое учащихся 2 класса (25%). Наибольшее затруднение для учеников 1 класса вызывало выполнение контрольных упражнений для оценки навыка метания, лазания, прыжков, ходьбы и равновесия. Более 50% учеников 2 класса справились с данными контрольными упражнениями на 2-3 балла. Исключением являются результаты выполнения контрольного упражнения, оценивающего навык метания. На 2-3 балла данное тестовое задание выполнили 37,5% учеников 2 класса.

Общегрупповой, средний, результат суммы баллов у младших школьников с нарушением зрения за все адаптированные контрольные упражнения, составил 12,90 ± 3,10 балла с максимально возможным результатом 24 балла. При анализе результатов учащихся 1 и 2 классов были

выявлены достоверные различия в показателях сформированности основных движений. У учеников первого класса общегрупповой, средний, результат суммы баллов составил $11,30 \pm 1,57$, у учеников второго класса – $15,00 \pm 0,13$.

Таким образом, предложенный адаптированный комплекс контрольных упражнений, учитывающий особенности здоровья и физическое состояние слепых и слабовидящих школьников 7-8 лет, позволил оценить уровень развития двигательных навыков у данной категории детей.

Литература

1. Андреев В. В. Комплексная коррекция двигательных способностей школьников 12-17 лет с депривацией зрения на основе дифференцированного подхода: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.04 / В. В. Андреев; [Место защиты: Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма]. – Набережные Челны, 2012. – 24 с.
2. Бальсевич В. К. Очерки по возрастной кинезиологии человека / В. К. Бальсевич. – М.: Советский спорт, 2009. – 220 с.
3. Всемирная организация здравоохранения: Центр СМИ [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/ru> (Дата обращения: 30.10.2016).
4. Кравчук А. И. Физическое воспитание детей раннего и дошкольного возраста. (Научно-методические и организационные основы гармоничного дошкольного комплексного физического воспитания): монография. Ч. 1 / А. И. Кравчук. – Новосибирск: [б. и.], 1998. – 102 с.
5. Кулькова И. В. Шкалы комплексной оценки показателей физической подготовленности слабовидящих детей 11-12 лет / И. В. Кулькова // Физическое воспитание детей и учащейся молодежи – 2015. – №1. – С. 3-6.
6. Министерство здравоохранения Хабаровского края [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://zdrav.medkhv.ru/node/859> (Дата обращения 30.10.2016).
7. Михайлова М. В. Организация адаптивного физического воспитания в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях / М. В. Михайлова // Культура физическая и здоровье. – 2012. – № 6. – С. 88-91.
8. Мухина М. П. Особенности развития основных движений и физических качеств детей старшего дошкольного возраста, занимающихся и не занимающихся в спортивных секциях / М. П. Мухина, Ю. А. Мельникова // Физическое воспитание детей и учащейся молодежи. – 2014. – №2. – С. 34-37.
9. Письмо Министерства образования и науки РФ от 19 февраля 2016 г. №07-719 «О подготовке к введению ФГОС ОВЗ» [Электронный ресурс] Режим доступа: минобрнауки.рф/документы/8017 (Дата обращения: 30.10.2016).
10. ФГОС обучающихся с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] Режим доступа: http://fgos-ovz.herzen.spb.ru/wp-content/uploads/2014/04/3_ФГОС_СЛЕПЫЕ_27.09.2014.pdf (Дата обращения: 30.10.2016).

Изучение биомеханики движений у лиц пожилого возраста

Овчинников Ю. Д., кандидат технических наук, доцент,
Стародубец А. И., студентка.

Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, г. Краснодар

Ключевые слова: здоровье, двигательная активность, пожилые люди, биомеханика, физические упражнения, адаптивная физическая культура.

Аннотация. Сравнение комплекса физических упражнений, рекомендованных учеными и выполняемых пожилыми людьми биомеханических движений в реальной бытовой ситуации в различных возрастных периодах 65-75, 80-85 лет. Выбраны 5 параметров наиболее важных для биомеханики движений пожилого человека, как с позиции рекомендации ученых, так и с точки зрения самих пожилых людей в реальной жизненной ситуации. Учитывалась специфика заболевания, влияющего на двигательную деятельность.

Контакт: yurij.ovchinnikov@inbox.ru

The study of biomechanics of motion in the elderly

Ovchinnikov Yu. D., candidate of technical Sciences, Associate Professor;
Starodubets A. I., student.

Kuban State University of Physical Culture, Sports and Tourism, Krasnodar

Keywords: health, motor activity, elderly people, biomechanics, physical exercises, adaptive physical culture.

Abstract. Comparison of the complex of physical exercises recommended by scientists and carried out by older people of biomechanical movements in a real everyday situation in different age periods 65-75, 80-85 years. Five parameters of the most important for biomechanics movements of an elderly person were chosen, both from the position of the scientists' recommendation and from the point of view of the elderly in the real life situation. The specificity of the disease affecting the motor activity was taken into account.

Постановка проблемы

Изучая, биомеханику двигательной деятельности человека студенты факультета «Адаптивной и оздоровительной физической культуры» обратились к проблеме двигательной активности у пожилых людей и влияния её на здоровье человека [5, 6, 7]. Как показал анализ научной литературы, проблема не потеряла своей актуальности и требует всестороннего развития (Беззубик К. В.; Тимонов М. А.; Ендропов О. В.; Шпагин С. В.) [1, 2, 10].

Согласно научным рекомендациям, взрослым людям необходимо затрачивать на физические нагрузки не менее 200 минут в неделю (например, по 40 минут в день пять дней в неделю). В среднем это снижает риск смерти на 40 процентов. Как показали исследования, для людей пожилого возраста пользу приносит даже непродолжительная физическая активность – всего 15-20 минут в день. К такому выводу ученые пришли, изучая людей возрастной отметки 65 лет (Савенко М. А., Гаврилов Д. Н., Хохлов И. Н.) [8]. Анализ показал, что у тех, кто отводил на физические нагрузки рекомендуемые 200 минут в неделю или даже больше, риск смерти был ниже на 60 процентов. Но даже те, кто занимался не так много, вероятность внезапной смерти была на 50 % ниже по сравнению с теми, чья физическая активность минимальна (Беззубик К. В., Тимонов М. А.; Тиунова О. В.) [1, 9].

Цель исследования: сравнить комплекс физических упражнений рекомендованных учеными и выполняемые биомеханические движения пожилыми людьми в реальной бытовой ситуации.

Методы и организация исследований. Студентами направления подготовки «Адаптивная физическая культура» были проанализированы рекомендованный учеными комплекс физических упражнений для пожилых людей и биомеханические движения, выполняемые ими в реальной жизненной ситуации. Биомеханическое движение отличается от обычного движения тем, что выполняется с определенной целью, и четко поставленная задача для выполнения цели способствует развитию двигательной памяти.

Результаты исследований

Комплекс физических упражнений, рекомендованный учеными и выполняемые пожилыми людьми биомеханические двигательные действия в реальной бытовой ситуации, оказались различны (см. таблицу).



Таблица

Виды двигательной деятельности пожилого человека

Физические упражнения, рекомендованные учеными	Биомеханические движения, выполняемые пожилыми людьми в реальной жизненной ситуации
1. Ходьба быстрым шагом	1. Мытье пола
2. Езда на велосипеде	2. Вытирание пыли
3. Плавание	3. Хозяйственные работы во дворе и уборка по дому
4. Гимнастика	4. Пересадка цветов
5. Скандинавская ходьба	5. Уход за растениями на приусадебном участке

Таблица содержит пять видов двигательной деятельности людей пожилого возраста с точки зрения теоретического и практического подходов.

Пожилые люди в Краснодаре и Краснодарском крае, как показало проведенное исследование, о рекомендациях ученых имеют смутное представление. В реализации естественной необходимости в двигательных действиях они исходят из своих бытовых потребностей и индивидуальных физических возможностей. Как видно из таблицы, на первом месте ходьба быстрым шагом и езда на велосипеде (если нет автомобиля). Купание в реке еще наблюдается в станицах и хуторах края, но немногие 65-70-летние пожилые краснодарцы ходят в бассейн, так как присущие различные устойчивые комплексы преодолеть с возрастом не получается. Делать ежедневную гимнастику свойственно только 10 % горожан. Скандинавская ходьба как вид двигательной деятельности не развита в Краснодаре. В основном данный вид движений популярен среди жителей Москвы и Санкт-Петербурга, в том числе и как вид отдыха; санатории Кисловодска позиционируют скандинавскую ходьбу как лечебную физкультуру (Естенков А. Г., Гаврилова Т. А.; Качан Е. Ю.) [3, 4].

Различия в видах двигательной деятельности для людей пожилого возраста (табл.): физические упражнения по рекомендации ученых и биомеханические движения с конкретными физическими действиями, можно объяснить сформированной привычкой к физическому труду у старшего поколения. Однако с возрастом и несложные действия по уходу за растениями на приусадебном участке вызывают затруднения. Так, например, посадка огорода у людей возрастной группы 65-75 лет требует, не говоря уже о значительных финансовых и временных затратах, приложения существенных физических усилий. При посадке огорода задействованы сгибательные и разгибательные мышцы, возрастает нагрузка на коленные суставы. Люди пожилого возраста не умеют правильно переносить груз, из-за этого страдают мышцы спины, возникает боль в коленях. Поэтому необходимо популяризировать рациональную биомеханику движений для пожилых людей, так как в этом воз-

расте двигательные возможности ограничены в связи с возникающими трудностями в сохранении двигательной памяти мышц и возрастом их атрофии.

Сравнивая движения, выполняемые на тренажере и физические упражнения утренней зарядки, мы наблюдали различный психоэмоциональный настрой, который очень важен для людей пожилого возраста, так как они в некоторых случаях предрасположены к маниакально-депрессивным состояниям. Биомеханические движения, выполняемые для совершения работы в доме: мытье пола, вытирание пыли, пересадка цветов, несут в себе не только положительные эмоции и осознание выполнения важной работы, но и заставляют совершать движения с определенной целью.

Задача специалиста по адаптивной физической культуре состоит в том, чтобы показать пожилому человеку, как выполнять движения, не нанося вред своему здоровью. А именно – исключить переутомление, правильно переносить груз определенного веса, во избежание появления боли в мышцах и позвоночнике не заставляться в одной позе.

Пожилые люди, включаясь в физическую работу, не умеют останавливаться на отдых или переключаться на другой вид деятельности. Они считают, что, закончив работу, потом отдохнут. Но не рассчитывают физическую нагрузку, связанную с возрастными особенностями и индивидуальными резервами организма у каждого человека.

В возрастной категории с 80 до 85 лет наблюдается тенденция нежелания ничего делать по хозяйству, только еда, сон, гуляние на свежем воздухе. Даже элементарные гигиенические процедуры: мытье рук, причёсывание, смена одежды, выполняются по настроению или не выполняются самостоятельно вообще; требуются убедительные слова, чтобы данное двигательное действие было выполнено или принята помощь. Отказ выполнять обычные физические упражнения при сохранении физического состояния здоровья организма является одним из факторов, который приводит к развитию болезни Альцгеймера. Как показало пятилетнее наблюдение, у таких лиц при хорошей двигательной деятельности наблюдаются провалы

в памяти (помнят только прошлое), плохо ориентируются в пространстве. У данной категории больных наблюдается полное или частичное невосприятие информации или предмета (вещи) вообще. Поскольку у таких больных цель отсутствует, говорить о биомеханических движениях не приходится. Люди пожилого возраста теряют цель в жизни или считают её достигнутой и таким образом утрачивают морально-психологический и физический ориентир на выполнение конкретных двигательных действий с завершённым результатом.

Выводы

Выявление резервов человеческого организма очень интересный и сложный вопрос. В различных условиях организм ведет себя по-разному, тем более, если учитывать возраст, наследственные особенности, изменения в иммунной системе, трансформации окружающей среды, возникновение возрастных фобий и сложностей преодоления в пожилом возрасте стрессовых ситуаций. Как отмечают многие ученые, даже легкие физические нагрузки продлевают жизнь.

Литература

1. Беззубик К. В., Тимонов М. А. Объективные и субъективные факторы поддержания активного образа жизни в пожилом возрасте // Сервис в России и за рубежом. 2012. № 1 (28). С. 12-19.
2. Ендропов О. В. Современные проблемы наследственности и двигательные возможности человека // Сибирский педагогический журнал. 2007. № 2. С. 230-236.
3. Естенков А. Г., Гаврилова Т. А. Скандинавская ходьба как новая методика применения терренкура на кисловодском курорте // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2015. № 1. С. 53-55.
4. Качан Е. Ю. Финская ходьба: перспективы повышения качества жизни у лиц старшей возрастной группы // Успехи геронтологии. 2013. Т. 26. № 2. С. 388-393.
5. Овчинников Ю. Д., Прокопчук Ю. А., Шиянов Г. П. Особенности изучения и развития учебной программы «Биомеханика двигательной деятельности» // Муниципальное образование: инновации и эксперимент. 2017. № 3. С. 32-36.
6. Овчинников Ю. Д., Лызарь О. Г. Профессия-специалист по адаптивной физической культуре / В сборнике: Профессиоанальное образование и занятость молодежи: XXI век. Проблема опережающей подготовки кадров для российской экономики (региональный аспект) материалы международной научной-практической конференции. 2016. С. 73-76.
7. Овчинников Ю. Д. Содержательно-логические взаимосвязи в дисциплине «Биомеханика двигательной деятельности» (на примере специализации «Адаптивная физическая культура») // Физическая культура, спорт – наука и практика. 2014. № 3. С. 81-83.
8. Савенко М. А., Гаврилов Д. Н., Хохлов И. Н. Особенности двигательного режима людей пожилого возраста // Успехи геронтологии. 2009. Т. 22. № 2. С. 348-350.
9. Тиунова О. В. Методические особенности физкультурно-оздоровительной работы с людьми пожилого возраста // Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2007. № 4. С. 20-33.
10. Шпагин С. В. Роль двигательной активности в профилактике и укреплении здоровья людей пенсионного возраста // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2015. № 3 (143). С. 106-110.

Непрерывная многолетняя реабилитация как форма восстановления здоровья человека

Фирилёва Ж. Е., кандидат педагогических наук, почётный доцент;
Родичкин П. В., доктор медицинских наук, профессор.

Российский государственный педагогический университет
им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург

Ключевые слова: бытовая, домашняя, комплексная, реабилитация, педагогические, физические, психологические, медико-биологические, когнитивные, коммуникативные, средства, арт-терапия.

Аннотация. Цель исследования – разработать и обосновать средства и методы непрерывной многолетней реабилитации как формы восстановления здоровья человека на примере острого нарушения мозгового кровообращения (инсульт). В работе определены формы реабилитации, выделена бытовая (домашняя) форма восстановления; дана характеристика средств восстановления – педагогических, физических, психологических, медико-биологических, когнитивных, коммуникативных; выделена арт-терапия. Раскрыты возможности использования средств реабилитации в различные периоды восстановления (острый, восстановительный, адаптивный, резидуальный).

В статье приведены результаты исследования по восстановлению различных функций организма лиц, перенёсших инсульт.

Контакт: firilevaze@yandex.ru

Continuous long-term rehabilitation as a form of restoring human health

Firileva J. E., PhD, Honorable Assistant Professor;

Dr. Rodichkin P. V., DM, Professor.

Herzen State Pedagogical University of Russia. St. Petersburg

Keywords: household, home, comprehensive, rehabilitation, pedagogical, physical, psychological, medico-biological, cognitive, communicative, means, art therapy.

Abstract. The aim of the study was to develop and validate tools and methods of continuous long-term rehabilitation as a form of restoring a person's health on the example of acute disorders of cerebral circulation (stroke). In this work the forms of rehabilitation are determined; the domestic (home) reset form is accentuated.

The characteristic of educational, physical, psychological, medico-biological, cognitive, communicative means of recovery is given. Art therapy is allocated here. Revealed the possibility of using means of rehabilitation in different stages of recovery (acute, restorative, adaptive, residual). The article presents the results of a study on restoration of various body functions of persons who have suffered a stroke.

Реабилитация (от позднелатинского *rehabilitatio* – восстановление) – это комплекс медицинских, педагогических, профессиональных мер, направленных на восстановление или компенсацию нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов (Советский энциклопедический словарь, 1987). В последнее время в нашем обществе большое внимание уделяется проблеме реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья и/или инвалидам. Об этом указывается в ряде законодательных актов – «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г., «Положение об учреждении Государственной службы медико-социальной экспертизы» в 1996 г. и других документах. Цель реабилитации инвалидов и лиц с отклонением в состоянии здоровья состоит в обеспечении их способности к реализации жизни в социуме.

Цель нашего исследования – разработать и обосновать средства и методы непрерывной многолетней реабилитации лиц, перенёсших мозговой инсульт. В связи с этим ставились следующие основные задачи:

1. Выявить виды непрерывной многолетней реабилитации лиц с острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт).

2. Определить средства и методы непрерывной многолетней реабилитации для вышеуказанных лиц.

3. Показать эффективность и возможность использования непрерывной многолетней реабилитации на примере мозгового инсульта.

Исследование проходило в ведущих реабилитационных центрах Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Теоретико-методологической основой работы послужило учение И. П. Павлова, И. М. Сеченова, П. К. Анохина [1, 7, 10] и других видных учёных о высшей нервной дея-

тельности и адаптивно-восстановительных возможностях организма человека. В комплексной реабилитации различают следующие **формы восстановления:** стационарная, поликлиническая, в восстановительных центрах, бытовая (домашняя).

К **стационарным формам** реабилитации можно отнести пребывание в больницах и других лечебных учреждениях. Здесь пациенты проходят различные этапы восстановления на период от трёх недель и более в зависимости от тяжести заболевания.

К **поликлиническим формам** реабилитации относятся поликлиники по месту жительства или другого назначения, где есть возможность пройти полноценное восстановление утраченных функций организма.

К **восстановительным центрам** относятся специальные медицинские клиники с определённым профилем средств реабилитации.

Бытовая (домашняя) форма реабилитации возможна при условии консультирования специалистов и имеющихся данных средств восстановления, например, комплексы специальных физических упражнений.

К **средствам восстановления** можно отнести педагогические, физические, психологические, медико-биологические, когнитивные, коммуникативные, а также арт-терапию.

Педагогические средства являются основными, т. к. определяют основу всех других восстановительных мероприятий. К этому виду средств можно отнести следующее [6]:

– рациональное планирование физической нагрузки и отдыха соответственно всем принципам дидактики и нейромоторного воздействия (перевоспитания);

– чёткая организационная работа по воздействию различных средств восстановления;

– варьирование интервалов отдыха между отдельными средствами восстановления

– индивидуальный подход в соответствии с течением заболевания и реабилитационными возможностями;

– рациональное планирование разработанных средств реабилитации;

– правильное построение отдельных занятий с использованием

средств снятия утомления, средств релаксации;

– правильный режим дня, полноценное питание, отдых, создание комфортных условий реабилитации.

К *физическим средствам* восстановления можно отнести [11]:

- лечебную гимнастику;
- сегментарную гимнастику;
- адаптивную гимнастику;
- суставную гимнастику;
- упражнения в расслаблении мышц;
- дыхательную гимнастику;
- мелкую моторику (пальчиковую гимнастику);

– массаж и самомассаж

К *психологическим средствам* восстановления относятся [8]:

- уважительное, предупредительное отношение к пациенту с учётом его отношения к болезни;
- повышение мотивационной сферы пациента и сознательного отношения к болезни;
- психорегуляция эмоционального состояния пациента;
- психорегулирующая тренировка соответственно состоянию пациента;
- идеомоторная тренировка с установкой на перестройку и восстановление двигательных действий;
- самовнушение с изъятием антиадаптивных настроений;
- положительная эмоциональная насыщенность занятий;
- положительный психологический климат в процессе реабилитации в семье, дома, с окружающими;
- адекватная психологическая помощь.

К *медико-биологическим средствам* восстановления относятся [6, 8]:

- процедуры со стимуляцией мышц (миостимуляция);
 - гидропроцедуры (душ, ванна, бассейн);
 - световое облучение (ультрафиолетовое, инфракрасное);
 - магнитотерапия;
 - синусоидальные модулированные токи;
 - ультразвук, фонофорез,
- а также питание, фармакологические и гигиенические средства.

Когнитивные средства восстановления воздействуют на психические процессы: память, внимание,

мышление, восприятие, сознание, умственные способности [3].

Коммуникативные средства решают вопросы восстановления функций зрения, речи, слуха, тактильной чувствительности, органов малого таза [2].

Средства арт-терапии направлены, в основном, на психоэмоциональное состояние пациентов. Для инсультных больных арт-терапия может не только оказать помощь в восстановлении душевного состояния пациентов, но и помогает их выздоровлению. Её основные средства – это [4]:

– музыкальная терапия – прослушивание музыкальных произведений, игра на шумовых и других музыкальных инструментах, освоение музыкального ритма, пение;

– изотерапия – рисунок, графика, лепка, резьба, мозаика, плетение, шитьё, вязание и т. п.;

– игротерапия – мелкая моторика, песочная терапия, сюжеты и т. п.;

– танцевальная терапия – упражнения танцевального характера, ритмические танцы, танцы народов мира, классические, бытовые танцы и другие танцевальные жанры;

– театральная терапия – постановки, сценарии, сюжетные занятия, чтение литературных произведений, инсценировки картин известных художников и т. п.

Все формы, виды и средства реабилитации необходимо сочетать не только друг с другом, но и с учётом периода восстановления. В практической медицине выделяют **три-четыре периода восстановления** человека после инсульта – это острый, восстановительный, адаптивный и резидуальный.

Острый период в зависимости от вида инсульта и зоны поражения головного мозга может длиться около 21 дня и более. Здесь применяются, в основном, медикаментозные формы лечения, педагогические средства восстановления, а также пассивные формы физической реабилитации, приемлемые средства психорегуляции эмоционального состояния пациента. Большое значение имеет восстановление коммуникативных функций, таких, как зрение, речь, слух. Применяется ранняя вертикализация.

Восстановительный период длится от нескольких месяцев до двух лет. На практике эта длительность периода считается наиболее эффективной для быстрого восстановления. Здесь применяются все необходимые медикаментозные средства в сопряжённом воздействии педагогических, физических, медико-биологических, когнитивных и коммуникативных средств восстановления. Физические средства реабилитации приобретают пассивно-активный и активный характер. Пациент начинает сидеть, стоять и даже передвигаться с помощью инструктора, ходунков или трости. Здесь имеет большое значение формирование правильного навыка основных движений: позы сидения, стояния, движений верхними и нижними конечностями, шаговых движений [11].

Психологическая реабилитация в этот период приобретает ведущее значение. Повышение мотивации и сознательного положительного отношения к своей болезни даёт больший шанс к выздоровлению пациента [5]. Продолжается серьёзная работа по восстановлению когнитивных и коммуникативных функций специалистами этого профиля. При необходимости возможно применение средств арт-терапии.

Адаптивный период может длиться от двух лет и более. Здесь идёт нейромоторное перевоспитание утраченных функций человека. От пациента требуются большие волевые усилия в борьбе за восстановление этих функций организма. Применяются все реабилитационные средства с целенаправленной программой и методикой её применения. Здесь необходимо соблюдать не только принципы дидактики, но и принципы нейромоторной реабилитации [9].

Резидуальный период – это период остаточных явлений и в зависимости от поражённой функции и степени поражения оно может быть необратимым.

Бытовая (домашняя) форма реабилитации имеет место между каждым периодом восстановления. Она мало изучена, но имеет большое значение в непрерывной и многолетней реабилитации по восстановле-

нию лиц, перенёвших инсульт. Для определения средств и методов бытовой (домашней) реабилитации была разработана программа для каждого периода реабилитации в домашних условиях [11].

Результаты исследования

Исследование показало, что в процессе непрерывной многолетней реабилитации у пациентов улучшаются следующие показатели:

- динамика двигательной функции улучшилась с 0 до 3,5 – 5,0 баллов;
- оценка педагогического визуального наблюдения констатируется как положительная;
- по оценке функциональных показателей имеет место стабилизация по сердечно-сосудистой системе (ЧСС, АД);
- оценка владения бытовыми действиями положительная, большинство пациентов могут самостоятельно обслуживать себя в домашних условиях;

– при физической нагрузке необходимо учитывать показатели функционального состояния пациентов, такие как частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), регламентированная физическая нагрузка;

– анализ психоэмоционального состояния пациентов показал повышение уровня мотивации и улучшение всех показателей состояния, активности, настроения (САН).

Выводы

Позитивное психоэмоциональное состояние пациентов и благоприятное изменение исследуемых показателей указывает на положительное влияние всех реабилитационных процедур в процессе непрерывной многолетней формы восстановления здоровья человека.

Литература

1. Анохин П. К. Методологический анализ узловых проблем условного рефлекса / П. К. Анохин // Философские проблемы физиологии высшей нервной деятельности и психологии. – М., 1963. – С. 156-214.

2. Визель Т. Г. Как вернуть речь / Т. Г. Визель. – М.: В. Секачев, 1998. – 216 с.
 3. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека / Е. П. Ильин. – СПб.: Питер, 2005. – 412 с.
 4. Киселёва М. В. Арт-терапия в психологическом консультировании: учеб. пособие / М. В. Киселёва, В. А. Кулганов. – СПб.: Речь, 2014. – 64 с.
 5. Ковязина Г. В. Адаптивная физическая реабилитация постинсультных пациентов на позднем периоде восстановления с учётом отношений к болезни: дисс. ... канд. пед. наук 13.00.04 / Г. В. Ковязина; РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб., 2012.
 6. Оглобин К. А. Спортивная реабилитология: монография / К. А. Оглобин. – Уссурийск: Изд-во УГПИ, 2010. – 206 с.
 7. Павлов И. П. Полное собрание сочинений / АН СССР. – Изд. 2-е, доп. – М.: Изд-во АН СССР, 1951-1954. – Т. 3, кн. 2: [Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных: главы XXXVI—LXIII (1923-1936 гг.)] / И. П. Павлов; ред. Э. Ш. Айрапетянц. – 1951. – С. 316-317.
 8. Платонов В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и её практические приложения: учебник тренера высшей квалификации / В. Н. Платонов. – М.: Советский спорт, 2005. – 820 с.
 9. Робэнеску Н. Нейромоторное перевоспитание / Н. Робэнеску; пер. с рум. д-р С. Дуван. – Бухарест: Медицинское изд-во, 1978. – 268 с.
 10. Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга / И. М. Сеченов. – М.: Изд. АН СССР, 1961. – 100 с.
 11. Фирилёва, Ж. Е. Адаптивный фитнес в нейромоторной реабилитации человека: монография / Ж. Е. Фирилёва. – М.: Изд. дом Академии Естествознания, 2015. – 250 с.

Развитие двигательно-координационной рефлексии как основа физического воспитания обучающихся с нарушениями интеллекта

Сляднева Л. Н., доктор педагогических наук, профессор;

Сляднева Е. Н., педагог-психолог, аспирант.

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный педагогический институт»

Ключевые слова: психофизическое развитие обучающихся с нарушениями интеллекта, двигательно-координационная рефлексия.

Аннотация. Проективное и рефлексивное формирование двигательно-координационных способностей не только не противоречат, не только взаимно дополняют, но и одно замещает другое. Учитывая специфику обучающихся, связанную с дефицитом проективного мышления, двигательно-координационная рефлексия обосновывается как компенсаторный способ личностного развития.

Контакт: s771245@mail.ru

The development of motor coordination of reflection as the basis of physical education of pupils with intellectual disabilities

Dr. Slyadneva L. N., doctor of pedagogical Sciences, Professor;

Slyadneva E. N., teacher-psychologist, postgraduate student.

State budgetary educational institution of higher education «Stavropol state pedagogical Institute»

Keywords: psychophysical development of studying with intellectual disabilities, motor coordination and reflection.

Abstract. Projective and reflexive formation of coordination abilities not only do not contradict, not only complement, but also substitute one another. Given the specificity of studying associated with a deficit of projective thinking, motor coordination reflection is justified as a compensatory method of personal development.

Актуальность

В последние годы наблюдаются очевидные признаки гуманизации теории адаптивной физической культуры. По отношению к обучающимся с нарушениями интеллекта это проявляется, прежде всего, в

том, что физическая культура рассматривается не столько как средство совершенствования физических кондиций, сколько как продуктивная среда их личностного развития. Однако эта теория недостаточно акцентирует системный педаго-

гический фактор личностного развития своеобразных обучающихся в процессе физического воспитания. Необходимость преодоления сложившегося теоретического противоречия определяет актуальность данной работы.

Основной раздел

Среднее детство (6-11 лет) – исключительно продуктивный период для освоения ребенком атрибутивных компонентов культуры движений, интериоризации широкого спектра двигательных координаций, приобретения навыков выполнения разнообразных физических упражнений. Сложность этого периода для обучающихся с нарушением интеллекта заключается в необходимости перехода от аномной (естественной) формы активности к гетерономной (нормативной), в педагогически насаждаемой неизбежности задействования механизмов опережающего проектирования собственных двигательных действий на основе как минимум подражания культуросообразным образцам.

Дефицит проектной основы двигательных действий, нарушения двигательного дифференцировочного характера, инертность процессов нервного возбуждения и торможения определяют необходимость целенаправленного физического воспитания обучающихся с нарушениями интеллекта как компенсаторно-координационного, опирающегося на своеобразные, замещающие, надстраиваемые над аналитико-синтетическим дефектом мыслительные процессы.

Выделяя компенсаторный механизм личностного развития в процессе физического воспитания, мы обращаем внимание, во-первых, на повышенную склонность обучающихся с нарушениями интеллекта к координационно-двигательной рефлексии, во-вторых, на обоснованное С. В. Дмитриевым [1] единство рефлексивного и проектно-двигательного типов мышления.

В контексте данной работы координационно-двигательная рефлексия – это центрация сознания обучающегося на операциональности собственной двигательной активности, а также определенное переосмысление ее производных. К таким производным, в первую очередь следует отнести, представления че-

ловека о собственных двигательных стереотипах, проприоцептивных (мышечных) ощущениях, моторно-двигательных побуждениях, эмоциональных реакциях и т. п.

Если для нормального ребенка выполнение гетерономного двигательного действия (физического упражнения) артикулируется как эксплицит двигательно-проектного мышления, как результат решения двигательной задачи, то у обучающихся с нарушениями интеллекта координационная рефлексия образует качественно особую компенсаторно-уникальную феноменальность, в которой тонко сплетены прошлое-настоящее-будущее, жизненный опыт, операционный потенциал, наличный инструментальный репродуктивный освоения и продуцирования новых двигательных действий. Именно на ее основе формируется так называемая рефлексивная транспектива – видение прошлого и будущего из настоящего.

Отметим, что координационно-двигательное проектирование и координационно-двигательная рефлексия имеют один и тот же субстрат – двигательное действие. Началом проективного двигательного действия является смысл, замысел будущих действий. Смысл не предзадан. Он порождается индивидуальным или коллективным ментальным напряжением. Проектное двигательное действие – это реализация (воплощение) замысла в жизнь. Это – творчество, не меньшее по сравнению с генерированием самого замысла.

В качестве источника рефлексивного двигательного действия выступает лишь нерассудочная (интенциональная) ориентировка. Рефлексивное двигательное действие целесообразно понимать в модусах желаемости, избирательности, характерности, заинтересованности в реализации именно такой последовательности двигательных актов, а не иной. В рефлексивном действии всегда присутствует субъективная компонента (переживание, проживание акта реализации).

Проектирование двигательного действия относится к его началу (осмыслению ориентировочной основы), рефлексия – к его концу (осмыслению опыта его реализации). Именно эта связка является ядром, базовой предпосылкой выделяемого нами компенсаторного механизма личностного развития в среде физической культуры обучающихся с нарушением интеллекта.

Следует отметить, что в раннем детстве рефлексивное двигательное действие является естественным и основным субстратом психофизического развития любого ребенка, однако его эффективность для ребенка с нарушением интеллекта пролонгируется на более отдаленную перспективу, а в осложненных случаях и на всю жизнь.

Заключение

Двигательно-координационные проективный и рефлексивный механизмы личностного развития обучающихся в среде физической культуры фундируются различными психологическими пространствами. Первый – пространством логического (теоретического, гностицистического, академического, вербального и т. п.) интеллекта. Второй – практическим. Несмотря на это, они не только не противоречат, но и взаимодополняют, но и взаимозамещают друг друга. Своеобразие обучающегося с нарушением интеллекта, обычно, раскрываемое как устойчивая совокупность его дефектов (недостаточность смысловой основы двигательных действий, чрезмерное центрирование ребенка на самом себе) дает основание артикулировать развитие рефлексивно-координационных способностей как доминанту его компенсаторно-ориентированного физического воспитания.

Литература

Дмитриев С. В. Проектно-двигательное и рефлексивное мышление: концептуальные схемы и методы в спортивной и адаптивной физической культуре // Адаптивная физическая культура. – 2007. – №2. – С. 2-9.

Устранение мышечно-тонических асимметрий у лиц перенёсших ампутацию нижней конечности на этапе подготовки к протезированию

Ненахов И. Г., аспирант.

Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Ключевые слова: мышечно-тонические асимметрии, ампутация нижней конечности, контрактура, физическая реабилитация

Аннотация. В настоящее время растёт число несчастных случаев, к которым относятся автомобильные аварии, железнодорожные происшествия и случаи бытовых травм, которые приводят к таким последствиям как ампутация конечностей. Так же увеличивает статистику данных повреждений опорно-двигательного аппарата различные военные конфликты. Ампутация нижней конечности приводит к стойким, грубым нарушениям опорно-двигательного аппарата, которые отражаются на морфофункциональных особенностях лиц данной категории. Одним из этапов в физической реабилитации является процесс устранения лимитирующих факторов в период подготовки к протезированию.

Контакты: nenahov91@mail.ru

Elimination of muscular-tonic asymmetries for persons with amputation of the lower end at the stage of preparation for prosthetics

Nenakhov I. G., postgraduate student.

The Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, St. Petersburg

Keywords: muscular-tonic asymmetry, lower limb amputation, contracture, physical rehabilitation

Abstract. At present, the number of accidents is increasing, which includes car accidents, railway accidents and cases of domestic injuries, which lead to such consequences as limb amputation. It also increases the statistics of these injuries of the musculoskeletal system, various military conflicts. Amputation of the lower extremity leads to persistent, gross violations of the musculoskeletal system, which are reflected in the morphofunctional features of persons of this category. One of the stages in physical rehabilitation is the process of eliminating limiting factors during the preparation for prosthetics.

Введение

Физическая реабилитация занимается решением вопросов двигательного, социального, бытового и профессионального восстановления, а инструктор по физической реабилитации (физический терапевт) является одной из ключевых фигур в данных процессах.

Важным периодом в процессе восстановления лиц, перенёсших ампутацию конечности, является этап подготовки к протезированию, так как в данное время необходимо создание условий для успешного овладения учебной, а в дальнейшем и повседневной протезной техникой [1, 2].

Последствиями ампутации нижней конечности на уровне нижней трети бедра являются следующие морфофункциональные изменения:

- формирование отводящих, сгибательных и ротационных контрактур в тазобедренном суставе, при этом, чем выше уровень ампутации, тем более выражены эти контрактуры;
- утрата дистальной точки прикрепления у мышцы, вследствие усечения сегмента конечности, что отражается на функциональном состоянии мышцы;
- мышечная атрофия;

– смещение таза на стороне усечённой конечности вверх-вперёд, что в свою очередь будет отражаться на положении позвоночного столба;

- развитие фантомных болей;
- формирование мышечных дисбалансов (повышенный тонус сгибателей бедра и мышц абдукторов бедра);
- смещение общего центра тяжести вверх и в сторону не усечённой конечности, при этом, чем выше уровень ампутации, тем больше смещение.

Совокупность данных изменений приводит к формированию мышечно-тонических асимметрий, которые являются лимитирующими факторами для освоения протезной техникой [1, 3].

Научная новизна исследования в том, что, учитывая морфофункциональные особенности лиц, перенёсших ампутацию нижней конечности на уровне нижней трети бедра, а также функциональное состояние костно-мышечной системы, разработана методика по устранению лимитирующих факторов, к которым относятся мышечно-тонические асимметрии, ограничивающие успешное овладение протезной техникой.

Предполагалось, что внедрение разработанной методики по коррекции мы-

шечно-тонических асимметрий для лиц, перенёсших ампутацию нижней конечности, позволит снизить негативное влияние лимитирующих факторов на опорно-двигательный аппарат, что отразится на повышении эффективности этапа подготовки к протезированию, а также на более качественном и быстром освоении протезной техники в будущем.

Цель исследования – теоретически разработать и экспериментально доказать рациональность методики, направленной на коррекцию мышечно-тонических асимметрий опорно-двигательного аппарата лиц, перенёсших ампутацию нижней конечности на уровне нижней трети бедра, для реализации более эффективного этапа подготовки к протезированию.

Задачи исследования:

1. Анализ морфофункциональных изменений опорно-двигательного аппарата у лиц, перенёсших ампутацию нижней конечности.
2. Разработка экспериментальной методики коррекции мышечно-тонических асимметрий опорно-двигательного аппарата у лиц, перенёсших ампутацию нижней конечности.
3. Оценка результатов.

Методы исследования:

1. Анализа научно-методической литературы.
2. Тестирование.
3. Педагогический эксперимент.
4. Статистическая обработка результатов исследования.

Организация исследования

В исследовании, проведённом на базе СПб НЦЭПР им. Г. А. Альбрехта, приняли участие 7 мужчин в возрасте 30-43 лет, перенёсших ампутацию на уровне нижней трети бедра. У всех испытуемых наблюдались морфофункциональные изменения, которые проявлялись в наличии отводящих и сгибательных контрактур тазобедренного сустава на стороне усечённой конечности. У всех респондентов выявлены асимметрии в положении таза: на стороне культы гребень подвздошной кости был выше, чем на противоположной стороне, так же были замечены нарушения равновесия и наличие болевого синдрома в культе.

С каждым из респондентов проведено 10 процедур. Занятия по физической реабилитации длились в течение 60 минут.

В качестве тестов нами были использованы тест на равновесие (проба Ромберга), который выполнялся с открытыми и закрытыми глазами, стоя на одной ноге, а также гониометрические измерения в тазобедренном суставе (отведение

и сгибание) на стороне усечённой конечности, при помощи транспорта.

Ход исследования

У лиц, перенёсших ампутацию нижней конечности на уровне нижней трети бедра, нами были выявлены следующие изменения:

1. Повышение тонуса в подвздошно-поясничной мышце, а также её укорочение.
2. Атрофия четырёхглавой и икроножной группы мышц бедра, а также напруга широкой фасции бедра.
3. Повышенный тонус и болевые синдромы в грушевидной, средней ягодичной мышце, при этом отмечалась слабость данных мышц.

Совокупность этих трёх факторов создаёт ситуацию формирования контрактур в тазобедренном суставе. Сначала эти ограничения обусловлены вовлечением в патологический процесс укорочения и стягивания фасции, мышц, связок, а затем и образованием осификатов, что ведёт к более грубому снижению амплитуды движения в суставе (табл. 1)

Так же были проведены антропометрические измерения по ключевым точкам: расстояние от акромиона до гребня подвздошной кости (антропометрия 1); от гребня подвздошной кости до пола (антропометрия 2) на стороне усечённой конечности и на менее повреждённой стороне (табл. 2).

Принимая во внимание данные изменений, методика должна учитывать следующие направления коррекции мышечно-тонических асимметрий:

1. Коррекция мышечных дисбалансов.
2. Увеличение амплитуды движения в тазобедренном суставе усечённой конечности.
3. Снижением проявления атрофии мышц культи.
4. Уменьшение разности высоты ости подвздошной кости с правой и с левой стороны.

С целью оптимизации мышечных дисбалансов использовались мануальные приёмы, направленные на снижение мышечного тонуса: приёмы постизометрической релаксации, детонизации, растягивание мышц, фасций и связок. Характерной особенностью приёмов является одновременное сдавливание, смещение и растягивание мышцы [4, 5].

Для снижения проявления атрофии мышц на усечённой конечности и укрепление мышц антагонистов, необходимо учитывать наличие у мышцы второй, дистальной точки прикрепления, и в связи с этим осуществлять подбор физических упражнений.

Для коррекции положения таза и культи использовались приёмы проприоцеп-

тивной нейромышечной фасциляции (PNF), а именно такие паттерны движения как [4]: постерио/депрессия таза; антерио/депрессия таза; экстензия/аддукция усечённой конечности в тазобедренном суставе; экстензия/абдукция усечённой конечности в тазобедренном суставе.

Использовались такие техники, как агонистический и антагонистический возврат и технику репликации, то есть работа в статическом, преодолевающем и уступающем режиме. Данные мероприятия положительно отразились на контроле положения тела в пространстве и на способности сохранять равновесие (рис.).

Выводы

1. У лиц, перенёсших ампутацию нижней конечности на уровне нижней трети бедра, наблюдается ряд нарушений морфофункционального состояния опорно-двигательного аппарата. Одним из лимитирующих факторов являются мышечные дисбалансы, которые приводят к формированию мышечно-тонических асимметрий, оказывающих воздействие на контроль позы.

2. Предложенная методика содержит ряд требований, которые предназначены для комплексного решения задач по устранению лимитирующих факторов на этапе подготовки к протезированию. К ним относятся: оптимизация мышечного тонуса и силы с учётом наличия точек прикрепления на сохранных мышцах усечённой конечности; наличие и вид контрактур тазобедренного сустава; формирование и коррекция паттернов движения на стороне усечённой конечности и здоровой стороне, а также устранение интенсивности болевого синдрома.

3. По результатам проведённого исследования отмечена положительная динамика в результатах гониометрического исследования и оценке вестибулярного аппарата; выявлены положительные различия при антропометрическом измерении по ключевым точкам, что свидетельствует о достоверном нивелировании мышечно-тонических асимметрий опорно-двигательного аппарата.

Таблица 1
Результаты гониометрического измерения до и после исследования

Респондент	Угол сгибания в тазобедренном суставе (градусы)		Угол отведения в тазобедренном суставе (градусы)	
	До	После	До	После
1	30	18	23	13
2	28	10	26	10
3	35	17	32	15
4	28	10	15	5
5	20	7	18	7
6	25	13	13	5
7	22	5	8	3
X ± Sx	26,85 ± 5,04	11,42 ± 4,85	19,28 ± 8,24	8,28 ± 4,5

Таблица 2
Результаты антропометрических измерений по ключевым точкам до и после проведения эксперимента (см).

Антропометрия 1 на стороне усечённой конечности	Антропометрия 1 на здоровой стороне	Антропометрия 2 на стороне усечённой конечности	Антропометрия 2 на здоровой стороне
X ± Sx до эксперимента			
38,00 ± 2,30	45,00 ± 2,70	119,00 ± 3,70	113,00 ± 4,5
X ± Sx после эксперимента			
40,00 ± 2,30	43,00 ± 2,10	115,00 ± 2,50	110,00 ± 3,7
P value			
P = 0,0371	P = 0,0642	P = 0,0435	P = 0,0527

Проба Ромберга 1 и 2 (с)

Ромберг 2 после	14,00
Ромберг 2 до	8,57
Ромберг 1 после	23,28
Ромберг 1 до	15,85

Рис. Результаты теста на равновесие (проба Ромберга с открытыми и закрытыми глазами) до и после исследования (с)

Литература

1. Евсеев С. П. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы: учеб. Пособие для студентов вузов / С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло, А. Н. Малышев, Г. В. Герасимова, А. А. Потапчук, Д. С. Поляков / под ред. д-ра пед. Наук, профессора С. П. Евсеева и д-ра мед. наук, профессора С. Ф. Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2010. – 243 – 250 с.
2. Евсеев С. П. Определение и оценка выносливости инвалидов / С. П. Евсеев, О. Э. Евсеева, Ю. Ю. Вишнякова, А. В. Шевцов, А. В. Аксенов // Адаптивная физическая культура. - 2016. - № 1 (65). - С. 25-27.
3. Ненахов И. Г. Влияние дегенеративно-дистрофических нарушений в позвоночно-двигательных сегментах на функциональное состояние опорно-двигательного аппарата и систем организма / И. Г. Ненахов, А. В. Шевцов // Материалы научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава НГУ им. П. Ф. Лесгафта. - 2015. – С. 108-109.
4. Ненахов И. Г. Восстановление моторики нижних конечностей при помощи методики проприоцептивной нейромышечной фасциляции / И. Г. Ненахов, А. В. Шевцов // Современные проблемы теории и методики адаптивной физической культуры. - 2016. – С. 143-145.
5. Ненахов И. Г. Развитие способности к равновесию в условиях снижения влияния мышечных асимметрий опорно-двигательного аппарата у спортсменов / И. Г. Ненахов, А. В. Шевцов // XX Международный научный конгресс «Олимпийский спорт и спорт для всех», Санкт-Петербург. - 2016. – С. 225-228

Опыт применения двигательной рекреации в реабилитации лиц с муковисцидозом

Шадрин Д. И., соискатель, старший преподаватель.
Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта.

Ключевые слова: муковисцидоз, физическая активность, физкультурно-рекреационные занятия, комплексная реабилитация.

Аннотация. Двигательная активность повышает функциональные резервы кардиореспираторной и двигательной систем организма у лиц с муковисцидозом, являясь неспецифическим лечебно-восстановительным методом. В статье приведён опыт использования физкультурно-рекреационных занятий на этапах реабилитации лиц с муковисцидозом.

Контакт: shdi.cf@mail.ru

Experience in the application of physical recreation in rehabilitation of persons with cystic fibrosis

Shadrin D. I., Competitor, senior teacher
The Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, St. Petersburg

Keywords: cystic fibrosis, physical activity, physical cultural and recreational activities, comprehensive rehabilitation.

Abstract. Physical activity increases the functional reserves of the cardiorespiratory and musculoskeletal systems of the body in persons with cystic fibrosis, as a non-specific treatment and recovery method. In materials experience of using physical and recreational training on the stages of rehabilitation of persons with cystic fibrosis

В последние годы в Санкт-Петербурге и России, как и во всем мире, значительно увеличилось количество лиц с генетическими отклонениями [2]. Возникшую ситуацию во многом связывают с экологией обитания и экологией человека, в частности, с ослаблением механизмов саногенеза у современных людей. Глобальное значение концепции саногенеза состоит в осознанной необходимости, на основе знания механизмов саногенеза, предупредить развитие заболевания и развить компенсаторные механизмы [5]. Ряд авторов считают, что основным механизмом саногенеза при хронических патологиях является компенсация [3]. Компенсация характеризуется тем, что органы и системы, не пострадавшие от патогенного фактора, берут на себя функции поврежденных структур путем заместительной гиперфункции или качественно новой функции.

Существует множество нелекарственных факторов, направленных на улучшение саногенетических реакций (механизмов) организма. К ним относят диету, лечебное голодание, витамины, микроэлементы, бальнеологические процедуры, гирудотерапию, массаж и др. [7]. Саногенетические средства стимулируют защитно-приспособительные реакции организма, повышают его сопро-

тивляемость патогенным факторам среды обитания [3]. Значительным саногенетическим эффектом обладает двигательная активность, различные виды которой имеют большое значение, как в профилактике, так и в лечении хронических, в том числе и генетических, заболеваний [10].

Муковисцидоз (МВ) – это часто встречающееся генетически детерминированное заболевание, характеризующееся поражением всех экзокринных желёз важных органов и систем организма [6]. При МВ поражаются железы различных физиологических систем (дыхательной, пищеварительной и др.). При тяжёлом течении заболевание усугубляется и увеличивается длительность обострений. Многообразие вторичных осложнений (в сердечно-сосудистой системе, опорно-двигательном аппарате и др.) приводит к задержке физического развития и ухудшению функции органов и систем, торможению саногенеза.

Установлено, что при МВ физическая активность является одним из наиболее значимых компонентов лечения заболевания и его профилактики. Занятия физическими упражнениями для лечения и профилактики следует проводить в течение всей жизни лиц с муковисцидозом [1]. Продолжительные госпитализации,

при длительных обострениях, наносят моральный ущерб лицам с муковисцидозом и огромные материальные затраты семье.

Однако, несмотря на то, что двигательная активность лицам с МВ крайне необходима, работы физкультурно-рекреационной направленности для этого контингента отсутствуют. Физическую активность лиц с МВ рассматривают в рамках респираторной реабилитации, т. е. только как физическое лечение патологии дыхательной системы. Существующие методы решают узкоспециализированные задачи, в частности, усиление отхождения мокроты. В то же время, низкая двигательная активность у лиц с муковисцидозом приводит к гиподинамии, способствующей развитию заболевания и (или) ускорению его обострения [5]. Гипокинезия и отсутствие радости от мышечной работы и движения создаёт бесцветность эмоциональной жизни лиц с МВ. До сих пор не решен вопрос использования средств физической культуры в целях стабилизации функционального состояния лиц с МВ после купирования обострения заболевания при переводе на поликлинический этап реабилитации, где продолжают мероприятия, направленные на ликвидацию остаточных явлений заболевания и восстановление функциональной активности систем организма. Большую роль здесь призвана сыграть двигательная активность в режиме нарастающей интенсивности. Однако и данная проблема, и профилактика обострений заболевания у лиц с МВ путем проведения физкультурно-рекреационных занятий в условиях санаторно-курортного отдыха до сих пор являются нерешёнными.

Педагогический эксперимент на стационарном этапе реабилитации проходил в 2000-2003 гг. на базе НИИ Пульмонологии СПбГМУ имени И. П. Павлова на отделении врожденных и детерминированных заболеваний легких (руководитель – проф. Гембицкая Т. Е., доктор медицинских наук.) и носил пилотный характер. На данном этапе изучалось влияние экспериментальных занятий на состояние испытуемых на фоне базисного лечения в условиях стационара.

В эксперименте принимали участие 18 человек, имеющие диагноз муковисцидоз, которые были разделены на 2 группы по 9 человек. К началу эксперимента состав обеих групп по периоду и степени тяжести заболевания был одинаков. В контрольной группе (КГ) занятия проводились по общепринятым методикам физической реабилитации для лиц с муковисцидозом, использовались: массаж, специальные дыхательные упражнения и дыхательные методики на фоне антибактериальной терапии и ингаляций. В экспериментальной группе (ЭГ), помимо указанных мероприятий, проводились физкультурно-рекреационные занятия соответствующие тяжести заболевания.

Был проведен анализ клинического состояния испытуемых по модифицированной шкале CAS, данные которого приведены в таблице 1.

Результаты сравнительного анализа обеих групп свидетельствуют о достоверном улучшении после эксперимента, как в экспериментальной, так и в контрольной группе. Следует отметить, что более значительное улучшение имело место в экспериментальной группе. Положительные сдвиги характеризуются улучшением аускультативной картины, уменьшением одышки, слабости и более интенсивным отхождением мокроты.

Объективная картина состояния больных (по Н. Shwachmann в модификации Т. Е. Гембицкой), отражающая клинические показатели состояния больного – рентгенологическая картина, состояние питания, общая активность – представлена в таблице 2.

Таблица 1
Показатели клинического состояния испытуемых по шкале CAS (в баллах)

Состояние	КГ	ЭГ
До эксперимента	12,5 ± 1,6	15,0 ± 1,2
После эксперимента	7,2 ± 1,4*	7,4*
Улучшилось	5,3	7,6

Примечания: *p ≤ 0,01 (критерии знаков).

Таблица 2
Объективная картина состояния больных (по Н. Shwachmann в модификации Т. Е. Гембицкой) (в баллах)

Состояние	КГ	ЭГ
До эксперимента	53,3 ± 9,8	49,8 ± 5,0
После эксперимента	56,4 ± 9,9	55,6 ± 5,9*
Прирост	2,1	5,8

Примечание: *P ≤ 0,05 (критерии знаков).

Как видно из табл. 2, достоверные изменения произошли в экспериментальной группе; в контрольной группе положительные сдвиги наблюдались так же, однако эти данные недостоверны.

Улучшение состояния связано с улучшением клинических показателей и увеличением общей двигательной активности больных. Состояние питания мало изменилось, а рентгенологическая картина осталась без изменений.

Наибольшее значение в клинических условиях имеют исследования функций внешнего дыхания, они показывают картину легочной патологии и дают детальную характеристику изменений бронхиальной проходимости. Динамика показателей функции внешнего дыхания представлена в таблице 3.

При исследовании функций внешнего дыхания, показатели в начале лечения значительно снижены по сравнению с должными. Повторные исследования после эксперимента имеют достоверный прирост по всем рассматриваемым показателям. Однако в экспериментальной группе эти цифры выше.

Подводя итоги результатов исследования использования физкультурно-рекреационных занятий на стационарном этапе реабилитации, можно сделать заключение, что физкультурно-рекреационные занятия совместно с проведением базисной терапии в стационаре позволяют улучшить общее функциональное состояние и состояние кардиореспираторной системы респондентов в экспериментальной группе, и в большей мере обеспечивать потенциалы будущих возможностей в движении, развитии и жизни в целом.

В 2010-2011 годах исследования были продолжены в Санкт-Петербургском Центре муковисцидоза, расположенном на базе детской городской больницы «Святой Ольги».

С ноября 2010 по апрель 2011 года вновь были проведены исследования влияния на состояние пациентов с МВ физкультурно-рекреационных занятий на поликлиническом этапе реабилитации. Участвовали 2 группы: в экспериментальную группу вошли 9 человек с МВ, в комплекс реабилитационных мероприятий которых входили физические методы лечения (кинезотерапия, ингаляционная терапия, физиотерапия) и физкультурно-рекреационные занятия; контрольную группу составили 10 человек с МВ. В комплекс реабилитационных мероприятий этой группы входили только физические методы лечения: кинезотерапия, ингаляционная терапия, физиотерапия. Таким образом, в педагогическом эксперименте были исследованы эффекты использования физкультурно-рекреационного занятия в программе реабилитации лиц с МВ после стационарного лечения.

В ходе эксперимента исследовали функциональное состояние (ФС) системы внешнего дыхания: для оценки устойчивости к гипоксии применяли пробы Штанге и Генчи; исследовали экскурсию грудной клетки. Функциональное состояние ССС оценивали: с помощью показателя «двойного произведения» (индекс Робинсона); по данным проб Мартинэ оценивали качество реакции кардиореспираторной системы на физическую нагрузку (ФН). Для оценки функционирования опорно-двигательного аппарата использовали те-

Таблица 3
Динамика показателей функции внешнего дыхания до и после эксперимента

Показатели	КГ		ЭГ	
	До	После	До	После
ЖЕЛ %	64,9 ± 9	67,5 ± 9,6*	58,7 ± 6,7	65,1 ± 7,2*
ФЖЕЛ %	64,2 ± 8,3	65,1 ± 9,0*	54,2 ± 7,1	63,5 ± 8,5*
ОФВ1 %	49,7 ± 10,9	53,2 ± 11,0*	39,4 ± 6,3	49,0 ± 7,6*

Примечание: *P ≤ 0,05 (критерии знаков).

Таблица 4
Функциональное состояние лиц с муковисцидозом перед проведением физкультурно-рекреационных занятий (n=9).

Функциональные методы исследования	x ± Sx	Состояние
Экскурсия грудной клетки (см)	6,8 ± 1,2	б
Пробы Штанге (с)	37,0 ± 9,7	б
Проба Генчи (с)	19,6 ± 7,3	б
Тест на гибкость (см)	-12,4 ± 7,2	в
Динамометрия правой руки (кг)	21,3 ± 11,1	б
Динамометрия, левой руки (кг)	19,8 ± 9,9	б
Проба Мартинэ (мин)	5,6 ± 2,2	б
Индекс Робинсона (у. ед.)	90,4 ± 14,8	б

Примечание: а – условная норма/среднее значение; б – незначительное отставание от нормы/ниже среднего; в – значительное отставание от нормы/от среднего значения.

сты: тест на гибкость (наклон туловища вперед); тест на статическую силу мышц живота, и кистевую динамометрию.

Перед началом физкультурно-рекреационных занятий для лиц с МВ была подобрана оптимальная физическая нагрузка в соответствии с нижеприведенным алгоритмом:

1. Анализ медицинских выписок.
2. Оценка функционального состояния лиц с муковисцидозом.
3. Выбор медицинской группы.
4. Определение двигательного режима.

При анализе медицинских выписок лиц с МВ, участвовавших в физкультурно-рекреационных занятиях, была получена информация о клинической форме и степени тяжести заболевания, сопутствующих заболеваниях, социальном статусе лиц с муковисцидозом, дающая развернутое представление о состоянии здоровья изучаемого контингента.

Информация представлена в процентах от общего числа изучаемого контингента (экспериментальная группа). Все обследуемые (100 %) имеют среднетяжелую степень смешанной формы заболевания, все имеют статус инвалида детства. У лиц с МВ патология в дыхательной системе характеризовалась бронхоэктазами, хроническим обструктивным бронхитом, хроническим гайморитом. Патология ЖКТ – функциональная недостаточность поджелудочной железы, патологические изменения в печени. Патология ССС – расширение легочной артерии, порталная гипертензия, повышенное систолическое давление в легочной артерии. Патология ОДА – нарушение осанки.

ФС лиц с МВ перед проведением реабилитации, включавшей физкультурно-рекреационные занятия, на поликлиническом этапе реабилитации в Санкт-Петербургском центре муковисцидоза представлено в табл. 4.

Двигательный режим был выбран с учетом среднетяжелого течения заболевания и функционального состояния лиц с МВ. Определена специальная медицинская группа А и двигательные режимы (тонизирующий и восстановительный).

Физкультурно-рекреационные занятия были интегрированы в комплекс реабилитационных мероприя-

тий (ингаляционная терапия, физиотерапия, кинезотерапия). Их проводили после завершения стационарного этапа реабилитации, индивидуально или в малой групповой форме (два человека) по 60 минут два раза в неделю в течение одного месяца по предложенному алгоритму (рис. 1).

Для адаптации к предложенным



Рис. 1. Оптимальный алгоритм реабилитационных мероприятий.

физическим нагрузкам в физкультурно-рекреационных занятиях после завершения стационарного этапа реабилитации, нами предложен вариант распределения занятий в недельных микроциклах. Первые три недели занятия проводились по тонизирующему, остальные по восстановительному двигательному режиму.

В тонизирующем двигательном режиме внимание занимающихся акцентировали на коррекционных задачах: коррекции и/или устранении изменений в пораженном органе или системе (кардиореспираторной, пищеварительной); профилактике сопутствующих нарушений и улучшении функционального состояния здоровых органов и систем. На занятиях решали общие – коррекционные и педагогические задачи. Продолжительность занятия доходила до 40 минут. ФН дозировали так, чтобы пик ЧСС доходил до 50 % от резерва сердца (РС*) и добивались до 2-4 пиков ФН в занятии. В восстановительном двигательном режиме продолжительность занятия составляла до 60 минут, пик ЧСС доходил до 70 % от РС. Занятия проводили в индивидуальной или малогрупповой форме.

Наблюдения показали достоверное улучшение почти всех показателей в экспериментальной группе. Так достоверно увеличилась экскурсия грудной клетки с $6,8 \pm 2,0$ до $8,1 \pm 1,6$, время задержки дыхания на вдохе с $37,0 \pm 9,7$ до $44,5 \pm 12,1$, и выдохе с

$19,6 \pm 7,3$ до $21,8 \pm 7,3$. Показатели гибкости позвоночника улучшились в среднем на 5 см, кистевая динамометрия правой руки с $21,3 \pm 11,1$ до $23,5 \pm 10,9$ и левой руки с $19,8 \pm 9,9$ до $21,4 \pm 9,8$. Восстановление кардиореспираторной системы после заданной нагрузки в пробе Мартинэ улучшилось с $5,6 \pm 2,2$ до $4,1 \pm 1,7$. Достоверно улучшился индекс Робинсона с $90,4 \pm 14,8$ до $83,7 \pm 8,3$.

У лиц с МВ, в КГ показатели ФС дыхательной системы (экскурсия грудной клетки, время задержки дыхания на вдохе и выдохе), показатель качества реакции, проба Мартинэ достоверно не изменились, достоверно изменились только некоторые показатели ОДА (наклон вперед и сила правой руки) и ССС (индекс Робинсона).

Динамика функциональных показателей в % от исходных показателей ЭГ и КГ после проведения эксперимента на рис. 2.

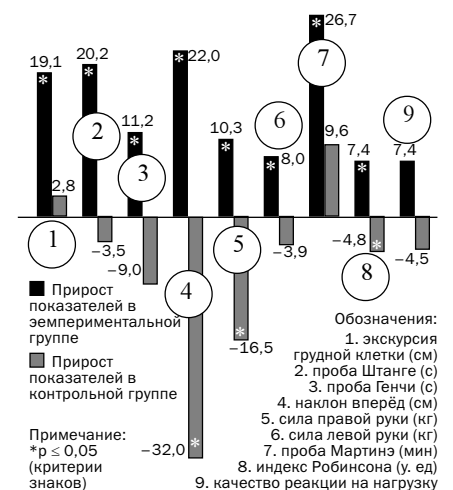


Рис. 2. Динамика функциональных показателей в процентах от исходных показателей.

Анализ результатов педагогического эксперимента показал существенный прирост исследуемых показателей у всех участников экспериментальной группы. В контрольной группе отмечен менее значительный прирост только отдельных показателей, что отражает влияние разработанного комплекса физкультурно-рекреационных занятий на организм лиц с МВ.

*Резерв сердца = ЧСС максимальная – ЧСС покоя (уд. в мин. – это 100% резерва сердца).
 ЧСС максимальная = 180 – возраст (уд. в мин.).
 Х% резерва сердца = Резерв сердца: 100·Х (в процентах)
 Допустимая нагрузка на сердце = ЧСС в покое + Х% резерва сердца
 (Х – величина, соответствующая тому объему резерва сердца в %, которую определил врач в индивидуальном порядке для конкретного пациента. Она варьируется от 20 до 100% резерва сердца)

Увеличение двигательной активности, с учётом состояния здоровья лиц с муковисцидозом повышает функциональные резервы системы внешнего дыхания, опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы. Увеличение функциональных резервов организма лиц с муковисцидозом, компенсаторные механизмы вторичного саногенеза, уменьшает количество рецидивов заболевания и повышает качество жизни. Результаты исследования свидетельствуют о повышении неспецифической адаптации лиц с муковисцидозом вследствие использования физкультурно-рекреационных занятий. Это дает основания для рекомендаций использования физкультурно-рекреационных занятий у лиц с МВ совместно с другими средствами реабилитации на всех этапах реабилитации.

Литература

1. Гембицкая Т. Е. Физические методы лечения больных муковисцидозом / Т. Е. Гембицкая, Е. Г. Храмова / Физические методы лечения в пульмонологии. Санкт-Петербург, 1997. – С. 269–277.
2. Захаров В. Положение детей-инвалидов в Санкт-Петербурге / В. Захаров / Концепция социальной политики в отношении детей с ограниченными возможностями в Санкт-Петербурге. Санкт-Петербург, 2003. – С. 5–16.
3. Кокосов А. Н. Проявления саногенеза в системах гомеостаза и на различных уровнях организации организма человека / А. Н. Кокосов // Саногенез (О науке и практике врачевания) / под ред. А. Н. Кокосова. – Санкт-Петербург, 2009. – С. 25–31.
4. Лобзин В. С. Двигательная активность человека и технический прогресс / В. С. Лобзин, А. А. Михайленко, А. Г. Панов // Клиническая нейрофизиология и патология гипокнезии. – Ленинград, 1979. – С. 17–27.
5. Минеев В. Н. Саногенез с позиции молекулярной биологии и клеточной сигнализации на примере JAK-STAT системы / В. Н. Минеев, Л. Н. Сорокина // Саногенез (О науке и практике врачевания) / под ред. А. Н. Кокосова. – Санкт-Петербург, 2009. – С. 35–66.
6. Муковисцидоз (клиника, диагностика, лечение, реабилитация, диспансеризация): учебное пособие для врачей / А. В. Орлов [и др.]. – Санкт-Петербург: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2014. – 160 с.
7. Реккевек Х. -Х. Что такое биологическая медицина / Х. -Х. Реккевек // Биологическая медицина. – 2011. – №2. – С. 4–12.
8. Шадрин Д. И. Физическая культура и адаптивная двигательная рекреация детей с муковисцидозом / Д. И. Шадрин [и др.] // Адаптивная физическая культура, 2013. СПб, №2(54) – С. 28-31
9. Шадрин Д. И. Использование средств физической реабилитации лиц с муковисцидозом в условиях оздоровительного отдыха / Д. И. Шадрин, А. В. Орлов, В. С. Матвеев // Спортивная медицина: наука и практика. – Приложение №1. - 2014. - С. 227-229.
10. Фролькис В. В. Старение и биологические возможности организма. - М.: Наука, 1975. - 272 с.

Интернет-система поддержки методик контроля психологического состояния в системе спортивной подготовки спортсменов-паралимпийцев

Коротков К. Г., доктор технических наук, профессор, ведущий научный сотрудник;

Короткова А. К., кандидат психологических наук; Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры»

Ключевые слова: контроль психологического состояния спортсменов, спортсмены-паралимпийцы.

Аннотация. Рассмотрены принципы построения системы дистантной оценки психофизиологического состояния спортсменов на базе интернет-технологий. Приведен анализ архитектуры построения системы и её основных элементов на базе системы контроля психологического состояния спортсменов, разработанной в СПбНИИФК, и приведен пример её практического применения в системе спортивной подготовки спортсменов-паралимпийцев.

Контакт: info@spbniifk.ru

Internet-system of support of methods of psychological control in the system of sports training for Paralympic athletes

Dr. Korotkov K. G., Doctor of Technical Sciences, Professor, Leading Researcher;

Korotkova A. K., PhD, Head of Sector of Comprehensive Computer Technologies.

Federal State Budget Institution «Saint-Petersburg scientific-research institute for physical culture»

Keywords: control of the psychological state of athletes, Paralympic athletes.

Abstract. The principles of construction systems of remote evaluation of psycho-physiological condition of athletes on the basis of Internet technologies are presented. The analysis of the architecture of these systems and its basic elements is based on the system of the control of psychological state of athletes, developed in Saint-Petersburg Research Institute of Physical Culture. The example of practical application of the developed system in the training process of Paralympic athletes is presented.

Введение

В последние годы наблюдается интерес к разработке систем индивидуально-го контроля психофизиологического состояния человека с использованием индивидуальных устройств, работающих с использованием интернет-технологий. Такие системы, как Polar и подобные ей все чаще применяются в спорте на разных уровнях спортивной подготовки [1]. Эти системы, в зависимости от заданных параметров, снимают определенные психофизиологические показатели, и передают их на сервер в режиме онлайн или с отсроченным доступом. На сервере производится обработка данных с выдачей заключений о психофизиологическом состоянии спортсмена.

Практика последних лет показала, что современные носители информации – компьютеры, планшеты, телефоны – ненадежны с точки зрения устойчивости и безопасности. В любой момент компьютер может потерять работоспособность, и ни одна фирма не отвечает за технические проблемы по окончании гарантийного срока; при этом может быть потеряна вся информация, хранящаяся на компьютере.

Еще одна проблема – компьютерная безопасность – защищенность компьютера от внешних атак. Индивидуальные компьютеры при подключении к сети Интернет оказываются практически открытыми и вся информация доступна всем заинтересованным лицам. При этом хорошо известно, что новые разработки в области спорта высоких достижений, когда их удавалось сохранять в течение определенного времени, обеспечивали конкурентные преимущества по отношению к соперникам.

На настоящем этапе технологического развития перспективным направлением является создание баз данных, размещенных на высокотехнологичных серверах, обеспечивающих высокую степень защиты от несанкционированного доступа через интернет-пространство. Такие серверы обеспечивают многоуровневую систему обработки и хранения информации с невозможностью запрещенного доступа к информации верхних уровней.

В этой связи целесообразно упоминание так называемых «облачных технологий», позволяющих обеспечить гибкую масштабируемость системы, удаленный доступ и поддержку любых устройств, поскольку понятие системы как «облако с защитой от утечки информации» включает в себя:

- выделенный облачный сервер;
- пакет лицензионного программного обеспечения;
- комплексное круглосуточное техническое обслуживание;
- варианты системы защиты от утечки информации (например, мониторинг пользователей в системе; обнаружение и предотвращение утечки (изъятия) данных; защита коммуникаций).

Требования к архитектуре системы

Наиболее распространённым в настоящее время является построение подобных систем на базе так называемой беспроводной индивидуальной сети (Wireless Body Area Network – WBAN). Она состоит из группы датчиков, системы накопления информации, коммуникации, интернет-сети и серверной части. В настоящее время в спортивной медицине используются датчики, регистрирующие динамические параметры спортсмена, в том числе в процессе тренировки и выступления. Такие системы уже используют ведущие футбольные клубы. Датчики передают информацию по USB порту или через блютуз на устройства сбора и коммуникации данных. После поступления информации на сервер (в реальном режиме времени или отсроченно) производится обработка данных с формированием Заключения, которое может быть доступно сертифицированному пользователю – тренеру и специалисту через интернет-доступ. Данные накапливаются в базе.

На рисунке представлена структура построения интернет-системы поддержки методик контроля психологического состояния в системе спортивной подготовки спортсменов-паралимпийцев.

В разработанной в СПбНИИФК системе в качестве источников информации

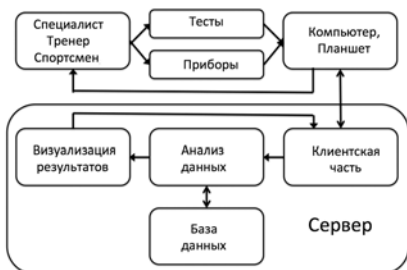


Рис. Схема структуры интернет-системы контроля психологического состояния в системе спортивной подготовки спортсменов-паралимпийцев.

используются как результаты психологических тестов, так и данные прибора Био-Велл. Био-Велл – это дальнейшее развитие линейки ГРВ приборов (приборов, использующих метод газоразрядной визуализации). Он предназначен для индивидуального применения и использует обработку данных в интернете. Био-Велл подключается к USB порту компьютера и не требует дополнительных источников питания. Прибор может работать как на всех версиях операционной системы Windows, так и Mac OS.

Использование метода обработки и хранения информации в интернете имеет следующие преимущества:

- Удаленный доступ к базе данных с любого компьютера многими пользователями, что позволяет анализировать результаты как специалистами, тренерами и спортсменами, так и представителями руководства.
- Простой протокол обмена информации между отдельными пользователями.
- Регулярное удобное для пользователей обновление программного обеспечения.
- Удаленный контроль работы всех приборов с возможностью быстрого решения возникающих проблем.

– Возможность создания персонализированных программ в зависимости от вида спорта и контингента спортсменов.

Интернет-система представляет собой сетевую архитектуру, построенную по трехуровневой принципу, где сервисы внутри «интернет-облака» составляют четыре больших категории: общение с клиентом, обработка данных, визуализация данных и хранение результатов в базе данных (рис.)

Клиент – это интерфейсный графический компонент, который не имеет прямых связей с базой данных. В него внесена простейшая бизнес-логика: интерфейс авторизации, алгоритмы шифрования, проверка вводимых значений на допустимость и соответствие формату, получение данных с прибора с отправкой их на сервер и визуализация обработанных результатов.

Сервер приложений представляет собой второй уровень, где сосредоточена большая часть бизнес-логики и программный интерфейс, связывающий клиентские компоненты с прикладной логикой базы данных.

На третьем уровне сервер БД обеспечивает хранение данных.

На настоящий момент разработанная система была апробирована с использованием прибора Био-Велл при обследовании спортсменов паралимпийских команд России в рамках тренировочной деятельности на учебно-тренировочных мероприятиях. Параллельно для оценки

состояния спортсменов используется ряд интерактивных психологических методик. Программно-аппаратный комплекс «ГРВ Спорт» позволяет проводить [2]:

- динамический контроль функционального резерва спортсмена и уровня соревновательной готовности;
- экспресс-диагностику стрессового фона и качества процессов ментальной и психоэнергетической мобилизации;
- автоматический рейтинг спортсменов в группе по уровню психофизиологического потенциала;
- сохранение информации проведенных обследований в базе данных.

Особенности комплекса «ГРВ Спорт»:

- удобство и простота эксплуатации;
- работа в любых условиях, как в помещении, так и на улице;
- полная безопасность.

При обследовании спортсменов измерения проводятся ежедневно в утренние часы сразу после подъема и вечером по окончании дневного тренировочного цикла. Снимаются показания с безымянных пальцев обеих рук. Данный способ измерений занимает менее одной минуты на снятие показаний у одного спортсмена и позволяет определить энергетический потенциал (ЭП) и уровень стрессового фона (СФ), которые, как показано в ряде работ [2-8], в совокупности характеризуют психофизиологическое состояние человека. Показатель ЭП измеряется в процентах в диапазоне от 0 до 100 % и характеризует уровень энергетического резерва спортсмена. Значения ЭП от 60 до 100 % характеризуются как высокие, благоприятные. Показатель СФ отражает уровень физиологического стресса и измеряется в условных единицах от 0 до 10, где 10 единиц соответствуют максимальному уровню стрессового фона и характеризуются как неблагоприятные.

Как показано в работе [8], подобный анализ при дальнейшем развитии может быть использован для прогноза соревновательной готовности паралимпийцев.

Наряду с «приборным методом» разработанная методика включает ряд компьютерных тестов для оценки психологического состояния спортсменов. Они базируются на опроснике «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ), разработанным В. И. Моросановой [9], и позволяют охарактеризовать уровень сформированности индивидуальной системы саморегуляции произвольной активности человека – определить индивидуальный стиль поведения спортсмена в экстремальной ситуации. Тестирование общего психологического состояния спортсменов можно осуществлять на основе

психодиагностического теста ПДТ [10]. Данная методика представляет собой многомерный инструментарий, основанный на принципе стандартизованного самоотчета испытуемого и предназначенный для изучения структуры личности в границах определенных факторов.

Заключение

Представленные принципы интернет-системы поддержки методик контроля психологического состояния в системе спортивной подготовки спортсменов-паралимпийцев прошли практические испытания при работе с паралимпийскими командами с ПОДА и нарушением зрения. Они получили положительную оценку тренеров и спортсменов. Планируется дальнейшее развитие созданной системы, включение в нее других методов анализа психологического состояния, расширение используемых платформ и совершенствование методов интеллектуальной обработки данных.

Литература

1. D. Son, J. Lee, S. Qiao, et al. "Multifunctional wearable devices for diagnosis and therapy of movement disorders," *Nature Nanotechnology*, pp. 1–8, 2014
2. Воробьев С. А. Методы приборной оценки и воздействия на психофизиологическое состояние спортсменов паралимпийских команд России / С. А. Воробьев, К. Г. Коротков, А. К. Короткова // В сборнике: Психическое здоровье человека XXI века Сборник научных статей по материалам Конгресса. 2016. с. 403-406.
3. Дроздовский А. К., Громова И. А., Коротков К. Г. Экспресс-оценка психофизиологического состояния спортсменов – паралимпийцев в период подготовки и участия в ответственных соревнованиях. *Адаптивная физическая культура*. №3. 2012. с. 33-35.
4. Дроздовский А. К., Громова И. А., Коротков К. Г., Шелков О. М. Исследование процесса психофизиологической адаптации к высокогорью спортсменов-паралимпийцев в подготовительный период. *Адаптивная физическая культура*, №4, 2013. с. 10-12.
5. Дроздовский А. К., Громова И. А., Коротков К. Г. Особенности психофизиологической адаптации паралимпийцев к высокогорью и их связь со свойствами нервной системы. *Адаптивная физическая культура*. №4, 2013. с. 43-46.
6. Дроздовский А. К., Коротков К. Г., Евсеев С. П. Психофизиологические факторы, способствовавшие успешному выступлению лыжников и биатлонистов на паралимпийских играх Сочи-2014. *Адаптивная физическая культура*. №5, 2014. с. 13-15
7. Банаян А. А. Методика оценки реакции спортсменов на тренировочные нагрузки и уровня восстановления в процессе тренировочного мероприятия // *Адаптивная физическая культура*. №4 (59), 2014. с. 19-20.
8. Банаян А. А., Грачев А. А., Коротков К. Г., Короткова А. К. Прогноз соревновательной готовности спортсменов-паралимпийцев на базе оценки циркадного ритма на спортивных мероприятиях методом ГРВ. *Адаптивная физическая культура*. № 2, 2016, с. 2-5.
9. Моросанова В. И. Стилевые особенности саморегулирования личности. *Вопросы психологии*. № 1, 1991, с. 121-127.
10. Практикум по психодиагностике личности. Редактор Н. К. Ракович. Минск, 2002. с. 75-91.

Адаптация лиц с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивное образовательное пространство высшего учебного заведения физкультурного профиля

Коновалов И. Е., доктор педагогических наук, доцент;
Болтиков Ю. В., кандидат педагогических наук, профессор.
ФГБОУ ВПО «Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма», г. Казань.

Андреев В. В., кандидат педагогических наук. Отдел по делам образования Администрации г. Абаза.

Ключевые слова: лица с отклонениями в состоянии здоровья, педагогическая модель, формы адаптивной физической культуры, инклюзивное образование, интеграция в образовательную среду, высшее учебное заведение.

Аннотация. Исследование посвящено изучению потенциальных возможностей лиц с ОВЗ к обучению в вузах физкультурного профиля. Представлена отдельная модель формирования готовности к интеграции в образовательную среду. Содержит в себе схему с отражением основных методологических положений с критериями эффективности.

Контакт: andreev2010-62@mail.ru

Adaptation of persons with disabilities in the inclusive educational space of higher educational institutions of the sports profile

Dr. Konovalov I. E., doctor of pedagogical Sciences, associate Professor;

Boltikov Yu. V., PhD, Professor.

Povolzhskaya state Academy of physical culture, sport and tourism, Kazan.

Andreev V. V., PhD.

The Department for education of Administration of Abaza.

Keywords: persons with disabilities in health status, pedagogical model, shape adaptive physical education, inclusive education, integration into the educational environment of a higher school.

Abstract. The study aims to explore the potential of persons with disabilities to study in the higher education physical establishments. Represented by a separate model of formation of readiness for integration into the educational environment. Contains a diagram with its basic methodological provisions with performance criteria.

Актуальность

Важнейшей задачей государства, как истинно социального, является предоставление лицам с особыми образовательными потребностями возможностей самореализации, именно это связано с проблемой их адаптации в системе высшего образования. Профессиональное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) относится к категории сложнейших вопросов в социальной работе. Большое значение имеет создание необходимых условий для развития требуемых способностей у лиц с ОВЗ, их максимальной интеграции и мотивации в образовательном сообществе [1]. Имея высшее образование, лица с ОВЗ достигают наиболее важных жизненных позиций, возможностей реализовать себя в обществе и в профессиональной деятельности, однако доступность высшего образования для них по-прежнему представляет острую социальную проблему, решению которой посвящен ряд научно-исследовательских работ [1, 2, 3, 4, 5], через реализацию которых привлекаются специалисты, разрабатываются практические модели и образовательные программы, направленные на формирование готовности лиц с ОВЗ к поступлению в вуз и последующей их адаптации к среде образовательного пространства.

При реализации управляющих воздействий на студента необходимо определить его потребности, которые будут удовлетворяться в первую очередь. В соответствии с этим необходимо выбрать приоритетное направление специальности компонентов адаптивной физической культуры (адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная рекреация, адаптивный спорт, физическая реабилитация). Технология воздействия на объект предусматривает вовлечение студента с ОВЗ в активную сознательную деятельность по самосовершенствованию и должна строиться только на основе субъект-субъектных отношений между педагогом и обучающимся, вовлеченным в образовательный процесс, т. е. последний должен быть активным соучастником педагогического процесса [4].

В рассматриваемом научном направлении накоплен большой опыт применения средств и методов в работе с лицами с ОВЗ, особенно в лечебном и образовательном направлениях. Однако явно не достаёт обобщающих работ, в которых бы авторы рассматривали методологическую основу этой области социальной практики. На основании изложенного для решения существующей проблемы появилась необходимость создать ряд педагогических мер в процессе проведенного исследования.

Цель исследования: разработать модель адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательное пространство высшего учебного заведения физкультурного профиля.

Организация исследования

Исследование проводилось на базе ФГБОУ ВПО «Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма» в г. Казани. В педагогическом эксперименте приняли участие молодые люди с отклонением в состоянии здоровья в возрасте от 18 до 35 лет в количестве 70 человек (40 мужчин и 30 женщин).

Нами было проведено анкетирование, состоявшее из 28 вопросов и 132 подвопросов закрытого и открытого типа. Опрос проводился два раза: в 2015 году (октябрь) и в 2016 году (апрель).

Для построения формирующего этапа эксперимента мы применили метод педагогического моделирования, который представляет собой комплекс мер по реализации педагогической модели с целью адаптации лиц с ОВЗ в образовательную среду высшего учебного заведения. Представленный комплекс обозначен в форме проделанной работы по формированию мотивации к поступлению и обучению в высшем учебном заведении с группой лиц с ОВЗ.

Результаты исследования и их обсуждение

На основании Федерального закона «Об образовании», в соответствии с требованиями нормативно-правовой базы вузы Российской Федерации обязаны осуществлять прием лиц с ОВЗ с предоставлением условий для получения высшего образования.

В рамках нашего исследования было проведено интервьюирование специалистов 10 вузов РФ: из них четырех классических и шести специализированных – физической культуры и спорта, по определению их готовности к поступлению и последующему обучению лиц с ОВЗ. В мероприятии приняли участие административные работники (высшего звена), деканы факультетов и заведующие кафедрами, которым было предложено

по шесть вопросов, позволяющих оценить организационный уровень, степень оснащения и содержания образовательных форм, выполнение программы «Доступная среда», специфику контингента обучающихся.

На основании полученных данных стало очевидно, что независимо от организационной формы и отраслевой принадлежности вуза, проблемы связанные с организацией и содержанием образовательного процесса студентов с ОВЗ одинаковы:

- недостаточное финансирование данного направления;
- отсутствие или недостаточное количество подготовленных работников профессорско-преподавательского состава для работы со студентами с ОВЗ;
- слабая образовательная подготовленность студентов с ОВЗ для поступления и обучения.

На основании анкетирования лиц с ОВЗ были выявлены четыре проблемы, возникающие у них при поступлении и обучении в высшем учебном заведении:

1. Низкий уровень физического состояния лиц с ОВЗ обусловлен спецификой биологического функционирования с проявлением в различных формах. Это может быть непосредственно связано с регламентированными временными и пространственно-усредненными формами организации учебного процесса, не учитывающими специфику жизнедеятельности студентов с ОВЗ, их особый уклад, привычки, ритм жизни, особенности биологического функционирования. Уже само нахождение в стенах и аудиториях вуза, неприспособленных к их возможностям, вызывает значительные затруднения в плане передвижения, обучения, подготовки к занятиям, организация досуга и пр. Местонахождение и планировка зданий, лестницы, двери, лифты, пандусы, места общего пользования, освещение, вентиляция, акустика, температурный режим, оборудование, мебель – все это приобретает особое значение при организации образовательного процесса студентов с ОВЗ в вузе.

2. Психологические особенности лиц с ОВЗ: внутренняя психическая раскоординированность, социальная депривация, психосоматическое состояние требуют не просто понимания, а направленного психолого-педагогического воздействия.

3. Неумение пользоваться информационной средой, что связано с процессами передачи, восприятия и воспроизведения информации, в первую очередь образовательной. Лица с ОВЗ, имеющие различные нозологии: нарушения слуховых и зрительных анализаторов, повреж-

дения опорно-двигательного аппарата и т. п. страдают из-за недостатка концентрации внимания, снижения активности и коммуникативной способности в образовательном процессе между обучающимися и преподавателями, а также между лицами с ОВЗ и обычными людьми.

4. Низкая степень обученности лиц с отклонением в состоянии здоровья заключается в недостаточном уровне владения знаниями, умениями и навыками предыдущего этапа образования, который крайне необходим для продолжения обучения. Это проявляется в скрытой неуспеваемости, связанной с заниженным уровнем требований и снисходительным отношением в предыдущий период обучения.

Для решения выявленных нами проблем была разработана педагогическая модель формирования готовности лиц с ОВЗ к интеграции в образовательную среду вуза, которая основана на опыте отечественной науки в области педагогического моделирования.

Моделирование – общенаучный метод, состоящий в построении и исследовании особых объектов (систем) – моделей (вещественных или знаковых), других объектов – оригиналов или прототипов, или исследование процессов и при помощи их реальных (физических) или идеальных моделей, или специфический способ познания, при котором одна система (объект исследования) воспроизводится в другой – в модели.

В контексте нашего исследования модель можно определить как форму (оболочку), в рамках которой происходит системный процесс формирования готовности лиц с ОВЗ к интеграции в образовательную среду. Разработанная нами модель формирования готовности лиц с ОВЗ к интеграции в образовательную среду вуза физкультурной направленности, представляет собой схему, где отражены основные методологические положения, структура коммуникационно-образовательного курса, взаимодействие субъектов образовательной среды, критерии эффективности, ожидаемый результат.

В качестве основополагающих принципов эффективной реализации разработанной нами модели были приняты следующие:

- принцип гуманизации, предполагающий полное признание гражданских прав лиц с ОВЗ в образовательной среде;
- принцип сознательности и активности, ориентирующий лиц с ОВЗ на целенаправленное сознательное восприятие изучаемых явлений;
- принцип индивидуализации, направленный на выделение лиц с ОВЗ как

относительно самостоятельного субъекта в вопросах формирования своего личностного плана развития и образования;

– принцип инклюзии, ориентирующий на совместную работу группы, способствующей эффективной адаптации в образовательный процесс;

– принцип вариативности, направленный на подбор учебного материала с учетом особенностей обучающегося контингента без потери качества образования.

Разработанная нами модель является коммуникационно-образовательным курсом, структура которого состоит из следующих модулей: психологическая готовность, физическая готовность, компетентностная готовность, самостоятельная подготовка.

Эффективность реализации разработанной нами модели зависела от вовлеченности в процесс всех заинтересованных субъектов: администрации вуза, профессорско-преподавательского состава, студентов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья, родителей и социальных работников.

Так, администрация вуза обеспечивала безбарьерную среду на площадках учебного заведения, оснащенность учебных аудиторий необходимым оборудованием, создавала условия для получения лицами с ОВЗ довузовской подготовки, сопровождала, в рамках законодательства РФ, поступление абитуриентов с ОВЗ в учебные заведения, обеспечивала равные права всем студентам в получении качественных образовательных услуг, оказывала содействие в последующем трудоустройстве выпускников.

Для успешной организации образовательного процесса педагогический состав прошёл необходимые курсы переподготовки с целью приобретения ряда ключевых компетенций (личностные, профессиональные, психолого-физиологические, рефлексивные и др.), которые в конечном итоге позволили создать эффективный организационно-управленческий механизм, работающий по линии гуманизации, методами педагогического управления и воздействия, носящий характер содержательного сотрудничества.

С целью организации индивидуального обучения студентов с ОВЗ, их персонального сопровождения в образовательном пространстве, выполнения посреднических функций между студентом и преподавателями для организации консультаций или дополнительной помощи в освоении учебных дисциплин, разработанная нами модель подразумевает введение в штат должности тьютора.

Для построения и реализации индивидуального учебного плана помощь студенту с ОВЗ оказывал «академичес-

кий тьютор», являющийся магистром и аспирантом с обязательной психолого-педагогической или специализированной тьюторской подготовкой.

Сопровождением процесса формирования профессиональных компетенций будущего специалиста занимался «тьютор-наставник», преподаватель со степенью кандидата наук, прошедший тьюторскую подготовку. Руководил работой тьюторов – «тьютор-супервизор», преподаватель со степенью доктора наук или званием профессора.

Помощь студентам с ОВЗ на первом курсе обучения оказывали студенты старших курсов или сокурсники (тьюторы-стажеры), в обязанности которых включена помощь в освоении вузовского пространства (старшекурсники) и плавного вхождения в обучение в инклюзивной группе (сокурсники).

Инклюзивная группа – группа обучающихся, в которой организован на паритетных началах доступный спектр образовательных услуг вне зависимости от состояния здоровья студентов.

Социальные работники осуществляли контроль над соблюдением прав обучающихся, посещали учебные занятия и другие формы организации образовательного процесса, выявляли потребности студентов с ОВЗ и их семей в сфере социальной поддержки, определяли направления помощи в адаптации.

В рамках апробации модели по адаптации лиц с ОВЗ в вузе дополнительно проводились следующие мероприятия: экскурсия с целью ознакомления с имеющимися возможностями ФГБОУ ВПО «Поволжская ГАФКСиТ» обеспечения безбарьерной среды для организации образовательного процесса и досуговой деятельности; круглые столы на тему «Нормативно-правовая база, права и возможности обучения в высшем учебном заведении»; семинар по реализации коммуникационно-образовательного курса, в рамках которого сформулированы виды готовности, необходимой при обучении в вузе, консультативные мероприятия по вопросам правил приема, наличия льгот, сроков подачи документов, расписания вступительных испытаний (по необходимости), сроков зачисления и другой необходимой информации.

Эффективность разработанной нами модели проявляется во всестороннем развитии студента с ОВЗ, которое выражается в реализации его личностного потенциала, отражённого в следующих аспектах:

социальный аспект заключается в адаптации в социуме (правила личного поведения в коллективе и обществе, отзывчивость и коммуникативность,

осознание ответственности и значимости собственных поступков; корректность и взаимоуважение в общении), этической и эстетической культуре (приобщение к духовным, эстетическим и этическим ценностям);

психологический аспект заключается в развитии личностных качеств и свойств характера, формировании мотиваций в интересах и потребностях, воспитание умения преодолевать психологические внутренние барьеры;

медико-биологические аспекты призваны стабилизировать нозологические показатели, адаптировать к физической, учебной и профессиональной нагрузкам, увеличивать резервы сопротивляемости к неблагоприятным воздействиям внешней среды, контролируя морфофункциональное состояние организма (развивать сердечно-сосудистую, дыхательную и другие систем организма, совершенствовать физические способности);

образовательный аспект заключается в гуманитарной (совершенствование полученных знаний и умений), предпрофессиональной и профессиональной подготовке (овладение знаниями специальных и смежных предметов, формирование на этой основе профессионально значимых умений и навыков).

По окончании педагогического эксперимента нами проведено итоговое анкетирование и произведён его анализ, который определил степень готовности студентов с ОВЗ к обучению в высшем учебном заведении и признания себя полноправным участником образовательного процесса. Основными показателями сформированности готовности лиц с ОВЗ получать высшее профильное образование могут являться следующие позитивные изменения. Так, по результатам анкетирования, в 2015 году лиц с ОВЗ желающих получить высшее физкультурное образование не оказалось, респонденты в основном выбирали профессии не связанные с физкультурно-спортивной деятельностью, однако в 2016 году число лиц, желающих получить высшее физкультурное образование увеличилось до 32 человек (41,71%), при этом получить высшее образование желали 55 человек (78,57%) из 70; по окончании высшего учебного заведения 36 человек (51,4%) планируют работать в сфере физической культуры и спорта. При констатирующем тестировании на начало педагогического эксперимента среди причин, по которым приходилось отказываться от обучения в высшем учебном заведении, респонденты указывали на отсутствие безбарьерной среды, некорректное отношение преподавателей

и студентов, низкую мотивацию. Итоговое анкетирование выявило причины личностного характера: низкий уровень физического состояния, отсутствие веры в собственные силы и т. п. Большая часть опрошенных готовы обучаться и заниматься по направлению адаптивная физическая культура, адаптивный спорт, физическая реабилитация и ЛФК.

Выводы

На основании полученных данных существует необходимость внедрения предлагаемой педагогической модели по адаптации и формированию готовности лиц с ОВЗ к интеграции в образовательную среду в практику высшего учебного заведения. Данная модель по окончании эксперимента внедрена в систему работы ФГБОУ ВПО «Поволжской ГАФКСиТ». Должно констатировать, что в результате воздействия экспериментальной модели созданы необходимые условия для формирования готовности лиц с ОВЗ к поступлению и обучению в высшее учебное заведение физкультурного профиля и обеспечены предпосылки для их интеграции в образовательную среду вуза, о чем свидетельствуют полученные результаты.

Литература

1. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура в системе высшего профессионального образования / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова, Т. В. Фёдорова. Теория и практика физической культуры и спорта. – 1996. – №5. – С. 14-17
2. Евсеева О. Э. Инклюзивные занятия спортом / О. Э. Евсеева, С. П. Евсеев. Адаптивная физическая культура. – 2017. – №1. – С. 2
3. Коновалов И. Е. Формирование психологической готовности лиц с отклонением состояния здоровья к интеграции в образовательную среду Поволжской ГАФКСиТ / Д. И. Осенкова, И. Е. Коновалов // Физиологические и биохимические основы и педагогические технологии адаптации к разным по величине физическим нагрузкам: мат. межд. науч.-практ. конф. посвященной 40-летию Поволжской ГАФКСиТ. – Казань: ПовГАФСиТ, 2014. – С. 458-460.
4. Коновалов И. Е. Особенности формирования готовности людей с ограниченными возможностями здоровья к обучению в высшем учебном заведении / Д. И. Осенкова, И. Е. Коновалов. Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 13. – С. 14-17.
5. Коновалов И. Е. Особенности формирования социальной и психологической готовности людей с ограниченными возможностями здоровья к обучению в высшем учебном заведении / Д. И. Осенкова, И. Е. Коновалов // Культура физическая и здоровье. – 2015. – № 3(54). – С. 54-58.

Содержание теоретической части занятий адаптивной физической культурой в физкультурно-оздоровительном клубе

Гаврилов Д. Н., кандидат педагогических наук, доцент;

Малинин А. В., младший научный сотрудник;

Пухов Д. Н., младший научный сотрудник.

ФГБУ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

Ключевые слова: адаптивная, оздоровительная физическая культура, программы занятий, теоретическая часть занятия.

Аннотация. В статье рассматривается опыт использования раздела теоретических знаний в занятиях адаптивной физической культурой в физкультурно-оздоровительном клубе. Обсуждается необходимость применения теоретических знаний в комплексной программе занятий адаптивной физической культурой.

Контакт: health@spbniifk.ru

The content of the theoretical part of the employment of adaptive physical training in the fitness club

Gavrilov D.N., PhD, Assistant Professor

Malinin A.V., Researcher,

Pukhov D.N., Researcher.

Federal State Budget Institution «St. Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture».

Keywords: adaptive physical education, programs, theoretical classes.

Abstract. The article discusses the experience of conducting of theoretical classes in Sport health clubs. The necessity of applying theoretical classes in a program.

Введение

Для привлечения к регулярным занятиям физической культурой разных слоев населения необходимо создать устойчивую мотивацию. Должен появиться интерес к занятиям. Необходимо убедить человека, что занятия физической культурой не только интересны, но и полезны. Возникает необходимость в освоении определенного объема знаний в области педагогики, психологии, медицины и других дисциплин. Подбор материала и составление программы теоретических занятий осуществлялся постепенно. По мере апробации программа совершенствовалась и дополнялась. Занимающиеся адаптивной физической культурой информацию по основам здорового образа жизни, педагогике, медицине, психологии приняли с интересом. Программа была составлена с учетом уже имеющихся работ и опыта использования теоретических знаний в многолетних занятиях АФК.

Организация и методы исследования

Использование теоретической части занятия началось в 1994 году, занятия проводились с волонтерами игр Доброй воли. Второй этап исследования проводился во врачебно-физкультурном диспансере Красногвардейского района Санкт-Петербурга в 2003-2005 годах с группой здоровья. Третий этап исследования проводился в физкультурно-оздоровительном клубе Красногвардейского района Санкт-Петербурга в 2006-2017 годах. Для проведения теоретических занятий привлекались специалисты по педагогике, психо-



логии, медицине, философии, диетологии, адаптивной физической культуре из Санкт-Петербургского научно-исследовательского института физической культуры и других вузов города (М. А. Савенко, А. И. Маточкина, А. В. Малинин, Д. Н. Пухов, Д. Н. Гаврилов, А. Ю. Архипов, В. В. Загранцев и др).

Содержание программы теоретических занятий, проводимых в ВФД Красногвардейского района Санкт-Петербурга представлено в таблице.

Обсуждение результатов исследования

В ходе многолетней апробации содержание теоретических занятий совершенствовалось и дополнялось, в том числе с учетом интересов занимающихся. Большой интерес был проявлен к содержанию различных оздоровительных систем, к знаниям по самоконтролю при занятиях физической культурой, к знаниям о полноценном сбалансированном питании, к знаниям по методике проведения самостоятельных занятий физической культурой. В ходе апробации занимающимся поручали готовить материал по выбранной тематике для выступления перед группой. Это способствовало углублению знаний по основам здорового образа жизни и могло быть использовано занимающимися в повседневной жизни. Проверка использования теоретических и методических знаний в занятиях АФК подтвердила их востребованность и полезность. В связи с этим возникла необходимость разработки и издания поурочной программы теоретических занятий в системе АФК, используемой в проведении комплексных занятий для лиц с ограниченными физическими возможностями.

Заключение

Для привлечения к регулярным занятиям физической культурой разных слоев населения необходимо создать устойчивую мотивацию. Должен появиться интерес к занятиям. Необходимо убедить человека, что занятия физической культурой не только интересны, но и полезны. Возникает необходимость в освоении определенного объема знаний в области педагогики, психологии, медицины и других дисциплин.

Проверка использования теоретических и методических знаний в занятиях АФК подтвердила их востребованность и полезность. В связи с этим возникла необходимость разработки и издания поурочной программы теоретических занятий в системе АФК, используемой в проведении комплексных занятий для лиц с ограниченными физическими возможностями.

Таблица

Темы программы теоретических занятий, проводимых в ВФД Красногвардейского района Санкт-Петербурга

1. **Геронтология – наука о старении**
 - 1.1. Продолжительность жизни
 - 1.2. Механизмы старения и витаукта
 - 1.3. Продление активной жизни
2. **Общие сведения о жизнедеятельности организма человека**
 - 2.1. Строение и функции органов и систем человеческого организма
 - 2.1.1. Системы органов движения, пищеварительная, дыхания
 - 2.1.2. Системы – сердечно-сосудистая, органов чувств, половая, органов внутренней секреции
 - 2.1.3. Нервная система, иммунная, биоэнергетическая (в стадии исследования)
 - 2.1.4. Оценка двигательных функций
 - 2.2. Оценка функций дыхания, зрения, кровообращения
 - 2.2.1. Оценка функций дыхания
 - 2.2.2. Оценка остроты зрения
 - 2.2.3. Оценка функции кровообращения
 - 2.3. Определение конституциональных особенностей и типа телосложения
 - 2.3.1. Конституциональные особенности человека
 - 2.3.2. Способы определения телосложения
 - 2.3.3. Антропометрические измерения
 - 2.4. Тестирование и оценка физического состояния
 - 2.4.1. Тестирование двигательной подготовленности
 - 2.4.2. Тестирование функционального состояния организма
3. **Естественно-научные и биологические основы оздоровительной физической культуры**
 - 3.1. Характеристика физических упражнений и механизмы развития физических качеств и формирования двигательных навыков
 - 3.1.1. Физиологическая характеристика физических упражнений
 - 3.1.2. Биохимическая характеристика физических упражнений
 - 3.2. Мышечная деятельность и адаптация к физической нагрузке
 - 3.2.1. Интенсивность и объем физической нагрузки при занятиях оздоровительной физической культурой
 - 3.2.2. Функциональные резервы организма
 - 3.3. Физическая работоспособность организма
 - 3.3.1. Понятие физической работоспособности человека
 - 3.3.2. Способы определения физической работоспособности
 - 3.4. Аэробные и анаэробные возможности организма человека
 - 3.4.1. Энерготраты при занятиях физической культурой
 - 3.4.2. Способы определения аэробных и анаэробных возможности организма человека
4. **Оздоровительное воздействие природных факторов**
 - 4.1. Закаливание как средство физической культуры
 - 4.2. Растительный мир и его влияние на здоровье и самочувствие человека
 - 4.3. Биоритмы и здоровье
 - 4.4. Обзор оздоровительных систем
5. **Составление индивидуальных программ физической тренировки**
 - 5.1. Индивидуальные программы физической тренировки
 - 5.2. Тестирование

Примечание: Названия разделов программы выделены жирным шрифтом.

Литература

1. Инновационные технологии адаптивной физической культуры, физической культуры и спорта в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения: учебное пособие; [под ред. С. П. Евсеева]. – СПб.: Галлея принт, 2011. – 256 с.
2. Теория и организация АФК: учебник. В 2 т. Т. 1: Введение в специальность. История, организация и общая характеристика АФК / Под общей ред. Проф. С. П. Евсеева. - 2-е изд., испр. и доп. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
3. Медведева В. И. Рабочая программа по адаптивной физической культуре. – М. 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://infourok.ru/rabochaya-programma-po-adaptivnoy-fizicheskoj-kulture-dlya-tehnikuma-1603185.html> (Дата обращения: 02.05.2017).
4. Разработка программы работы школы здоровья и долголетия пожилых людей. – М. 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://knowledge.allbest.ru/life/3c0a65625a3bc69a5d53b88421216c36_0.html (Дата обращения: 02.05.2017).

Оценка готовности инвалидов к введению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «ГТО»

Оринчук В. А., кандидат педагогических наук, доцент кафедры адаптивной физической культуры;

Курникова М. В., кандидат медицинских наук, доцент, и. о. зав. кафедрой адаптивной физической культуры;

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского».

Ключевые слова: комплекс ГТО, инвалид, нормативы, отношение к введению комплекса ГТО.

Аннотация. В статье изучается вопрос отношения инвалидов к введению готовности Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» и их уровень готовности к выполнению нормативов комплекса ГТО.

Контакт: orinchuk.sl@yandex.ru, mkurnikova@yandex.ru

Assessment of the preparedness of the disabled to the introduction of the All-Russian sports complex «Ready for Labor and Defense»

Orinchuk V. A., PhD, associate Professor of adaptive physical culture; Kurnikova M. V., PhD, associate professor, head of the department of adaptive physical culture.

Lobachevsky State University of Nizhni Novgorod.

Keywords: the complex RLD, invalid, standards, attitude to the introduction of complex RLD.

Abstract. This article examines the question of the relationship of the disabled to the introduction of the readiness of the All-Russian sports complex «Ready for Labor and Defense» and their level of readiness to implement the standards of the RLD.

Решение о внедрении с 1 сентября 2014 года Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ВФСК «ГТО») стало еще одним шагом в направлении развития массовой физической культуры и спорта в Российской Федерации. ВФСК «ГТО» призван стать программной и нормативной основой системы физического воспитания населения Российской Федерации, устанавливающей государственные требования к его физической подготовленности, уровню знаний и умений в области физкультуры и спорта [1, 2].

Важным шагом в популяризации ВФСК «ГТО» среди всех категорий населения РФ стало создание на базе НГУ им. П. Ф. Лесгафта в Санкт-Петербурге научно-методического центра по реализации ВФСК «ГТО» для инвалидов, который наделен функциями научного и методического сопровождения реализации ВФСК «ГТО» для инвалидов в субъектах Российской Федерации [3].

Введение ВФСК «ГТО» для инвалидов направлено на повышение их мотивации к добровольным занятиям адаптивной физической культурой и адаптивным спортом, создание условий для проявления реальных возможностей и целесообразной двигательной активности, на обеспечение социальной адаптации и интеграции людей с инвалидностью в общество, повышение качества их жизни с опорой на потенциал адаптивной физической культуры, адаптивного спорта как социальных институтов [7].

Целью исследования стало изучение отношения инвалидов Нижегородской области к введению и выполнению нормативов ВФСК «ГТО».

Исследование проводилось в ноябре-декабре 2016 года в период проведения физкультурно-спортивных праздников для инвалидов «Спорт-Движение-Жизнь» и «Мама, папа, я – дружная спортивная семья – 2016» среди семейных команд с инвалидностью [5]. В ис-

следованиях приняли участие 88 инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата, 19 из которых инвалиды-колясочники.

Для изучения отношения инвалидов к введению и выполнению нормативов ВФСК ГТО была разработана анкета, состоящая из двух разделов: раздел 1 «Отношение инвалидов к введению ВФСК «ГТО»» (таб. 1) и раздел 2 «Подготовка инвалидов к выполнению нормативов ВФСК «ГТО»» (таб. 2).

Опрос участников физкультурно-спортивных праздников по анкете «Отношение инвалидов к введению ВФСК «ГТО»» показал, что:

1. Большинство респондентов положительно оценили введение комплекса ГТО для инвалидов, что говорит о высокой мотивации к занятиям физической культурой и спортом.

2. Почти половина участников, скорее всего, будут выполнять нормативы комплекса ГТО, что показывает высокий уровень мотивации инвалидов к сдаче нормативов ГТО. В случае введения дополнительных мер стимулирования для обладателей значков ГТО эти показатели не увеличиваются, что существенно различается с результатами опроса, проводимого среди учащихся и взрослого населения, где введение дополнительных мер стимулирования для обладателей значков ГТО значительно влияет на мотивацию к сдаче нормативов ГТО [4].

3. Ответы на вопрос о мотивах к выполнению нормативов ГТО показывают ценность и престижность для участников самого комплекса ГТО.

Таблица 1

Результаты опроса инвалидов по разделу 1 анкеты «Отношение инвалидов к введению ВФСК «ГТО»»

Вопрос	Ответы участников
1. Как Вы относитесь к идее введения комплекса ГТО для инвалидов?	Положительно – 73,9 % (65 чел.). Более положительно, чем отрицательно – 19,3 % (17 чел.). Более отрицательно, чем положительно – 3,4 % (3 чел.). Отрицательно – 3,4 % (3 чел.).
2. Будете ли Вы сами выполнять нормативы комплекса ГТО?	Да – 48,9 % (43 чел.). Скорее да, чем нет – 29,5 % (26 чел.). Скорее нет, чем да – 3,4 % (3 чел.). Нет – 18,2 % (16 чел.).
3. По какой причине Вы станете выполнять нормативы комплекса ГТО?	Доп. материальное стимулирование - 10,2 % (9 чел.). Проверить свой уровень физ. подготовки – 42,0 % (37 чел.). Получить значок ГТО – 3,4 % (3 чел.). Это престижно – 20,4 % (18 чел.). Для укрепления здоровья – 2,3 % (2 чел.).
4. По какой причине Вы не станете выполнять нормативы комплекса ГТО?	Нет никаких преимуществ для сдавших нормы ГТО – 6,8 % (6 чел.). Не уверен в своих силах – 4,5 % (4 чел.). Нельзя по состоянию здоровья – 10,2 % (9 чел.).
5. Станете ли Вы выполнять нормативы ГТО, если будут введены меры доп. стимулирования (прибавка к зарплате, пособию и др.)?	Да – 61,4 % (54 чел.). Скорее да, чем нет – 17,0 % (15 чел.). Скорее нет, чем да – 3,4 % (3 чел.). Нет – 18,2 % (16 чел.).
6. Из какого источника Вы получаете информацию о комплексе ГТО?	От специалистов департамента спорта, специалистов ВОИ – 37,5 % (33 чел.). От детей, знакомых, родствен. – 26,1 % (23 чел.). Из интернета, телевидения – 35,2 % (31 чел.). С тематического сайта gto.ru – 1,1 % (1 чел.).

Результаты опроса инвалидов по разделу 2 анкеты «Подготовка инвалидов к выполнению нормативов ВФСК «ГТО»

Вопрос	Ответы участников
1. Какие формы подготовки к выполнению нормативов ГТО Вы выберете?	Организованные занятия в группах здоровья – 39,8 % (35 чел.) Участие в соревнованиях, спортивных праздниках – 34,1 % (30 чел.) Занятия в спортивных секциях – 20,4 % (18 чел.) Самостоятельные занятия ФК и спортом – 5,7 % (5 чел.)
2. Как Вы относитесь к выполнению нормативов ГТО в условиях школы по месту жительства (при соблюдении необходимых требований)?	Положительно – 77,3 % (68 чел.) Более положительно, чем отрицательно – 14,8 % (13 чел.) Более отрицательно, чем положительно – 5,7 % (5 чел.) Отрицательно – 2,3 % (2 чел.)

4. Среди причин, нежелания выполнять нормативы ГТО, были выделены три: состояние здоровья, отсутствие преимуществ для сдавших нормы ГТО и неуверенность в своих силах

5. Большинство участников отметили, что информацию о введении ВФСК «ГТО» получают от специалистов департамента по спорту, специалистов Всероссийского общества инвалидов (ВОИ), из интернета и телевидения, от знакомых и родственников. И только один человек отметил, что получает информацию с тематического сайта gto.ru.

Оценка готовности инвалидов к выполнению нормативов ВФСК «ГТО» проводилась по результатам анкетного опроса «Подготовка инвалидов к выполнению нормативов ВФСК «ГТО» и результатов физкультурно-спортивного праздника «Спорт-Движение-Жизнь».

Оценка готовности:

1. Оптимальной формой подготовки к выполнению нормативов ГТО участники считают организованные занятия в группах здоровья, участие в соревнованиях и спортивных праздниках, что доказывает необходимость организации физкультурно-оздоровительных занятий для инвалидов по месту жительства в ФОКах и других физкультурно-спортивных организациях, а также проведения спортивных праздников и соревнований для инвалидов.

2. Respondенты положительно отнеслись к возможности выполнения отдельных нормативов ГТО в условиях школы по месту жительства, что позволит решить транспортную проблему доставки инвалидов к месту тестирования и будет способствовать существенному повышению количества участников.

Оценка возможностей инвалидов к выполнению нормативов ВФСК «ГТО» проводилась в процессе анкетирования. Участники, а им было предложено выделить несколько упражнений по каждому вопросу анкеты, отметили наиболее доступные и проблемные нормативы комплекса ГТО, которые были сгруппированы в 12 видов упражнений (рис. 1, 2) [6].

Среди наиболее проблемных нормативов комплекса ГТО инвалиды выделили силовые (подтягивание, отжимание, приседание, пресс) и скоростно-силовые упражнения (прыжки), а также бег/ходь-

бу на выносливость. Такой выбор участников объясняется трудностью, а зачастую невозможностью выполнения данных упражнений для инвалидов с ПОДА и необходимостью длительных занятий для развития физических качеств.

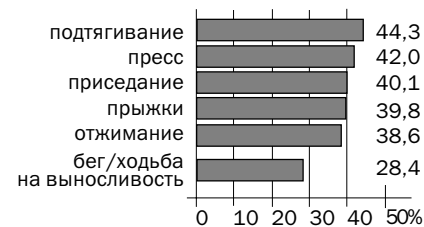


Рис. 1. Нормативы комплекса ГТО, которые вызывают трудности у инвалидов (по данным анкетирования)

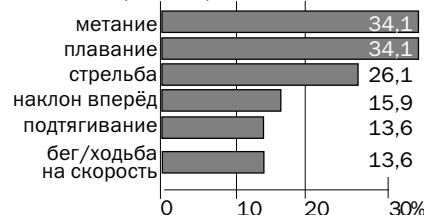


Рис. 2. Нормативы комплекса ГТО, которые не вызывают особых трудностей у инвалидов (по данным анкетирования)

Самыми доступными для выполнения нормативами комплекса ГТО большинство инвалидов отметили метание, складные упражнения (стрельба, плавание), наклон вперед, бег на скорость и подтягивание. Эти результаты анкетирования объясняются простотой выполнения тестов. Многие из участников посещают бассейн и умеют плавать, а также обладают хорошими навыками в стрельбе.

В программу проведения физкультурно-спортивного праздника «Спорт-Движение-Жизнь», участниками которого стали 110 инвалидов с ПОДА, 22 из которых инвалиды-колясочники, было включено выполнение нормативов комплекса ГТО в 3 упражнениях: бег/ходьба на 40 м, метание мяча в цель, метание набивного мяча (2-3 кг) на дальность. При выборе упражнений руководствовались доступностью выполнения упражнений для инвалидов разного уровня физической подготовленности и соответствием их нормативам комплекса ГТО. Все участники праздника справились с заданием и были награждены именными сертификатами о прохождении испытаний по программе ВФСК ГТО. Медалями и грамотами были награждены победители и призеры в каж-

Таблица 2

дом упражнении среди мужчин и женщин. По завершении физкультурно-спортивного праздника представители Нижегородской областной организации ВОИ им. Александра Невского предложили продолжить работы по популяризации комплекса ГТО среди инвалидов. Идея была поддержана участниками круглого стола «Проблемы занятий спортом и физической культурой для людей с инвалидностью в Нижнем Новгороде» – представителями Нижегородского отделения Олимпиады России и Нижегородской «Федерацией спорта слепых».

Участники исследования положительно отнеслись к идее введения ВФСК «ГТО» для инвалидов и продемонстрировали высокий уровень мотивации к выполнению нормативов ГТО.

Можно констатировать – в Нижегородской области сложились хорошие предпосылки для введения ВФСК «ГТО» для инвалидов различных нозологий.

Источники информации

1. Указ Президента Российской Федерации от 24 марта 2014 г. № 172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)» [Текст] [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://rg.ru/2014/03/26/gto-dok.html> (Дата обращения 6.09.2017).
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 июня 2014 г. № 1165-р «Об утверждении плана мероприятий по поэтапному внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)» [Текст] [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://government.ru/docs/13450/> (Дата обращения 6.09.2017).
3. Приказ Министерства спорта Российской Федерации от 30 сентября 2016 года № 1073 «О научно-методическом центре по реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов» [Текст]. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/doc/SODiM-2016-10-SCN0012.html> (Дата обращения 6.09.2017).
4. Оринчук В. А. Анализ введения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» в Нижегородской области / В. А. Оринчук, А. Н. Оринчук // Оптимизация учебно-тренировочного процесса: материалы конференции. – Н. Новгород: Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского, 2016. – С. 167-172.
5. Оринчук В. А. Физкультурные праздники как средство формирования положительного отношения к занятиям адаптивной физической культурой / В. А. Оринчук, М. В. Курникова, Е. Н. Фомичева // Адаптивная физическая культура. – 2017. – №1(69). – С. 11-15.
6. Томилова М. В. Выбор нормативов из Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) для использования их в тестировании инвалидов / М. В. Томилова, С. П. Евсеев, О. Э. Евсеева, А. В. Аксенов // Адаптивная физическая культура. – 2016. – №1(65). – С. 9-12.
7. Томилова М. В. К вопросу о выборе стратегии тестирования уровня физической подготовленности инвалидов при выполнении ими нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) / М. В. Томилова, С. П. Евсеев, В. Н. Малиц, О. Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. – 2016. – №1(65). – С. 2-5.

Диагностический комплекс педагогического контроля над физической подготовленностью хоккеистов-следж

Иванов А. В., кандидат педагогических наук, доцент, старший научный сотрудник, руководитель КНГ сборной команды России по хоккею-следж;

Баряев А. А., кандидат педагогических наук, доцент, заместитель директора;

Бадрак К. А., кандидат педагогических наук, заведующий сектором.

ФГБУ СПбНИИФК.

Ключевые слова: хоккей-следж, педагогический контроль, уровень физической подготовленности.

Аннотация. Подготовка хоккеиста-следж должна носить управляемый характер с обратной связью. В основе обратной связи педагогический контроль над различными сторонами подготовки спортсмена, дающий тренерам возможность получить объективную информацию о протекании работы и функциональных изменениях, которые она вызвала, с дальнейшим внесением коррекций в тренировочный процесс.

Контакт: info@spbniifk.ru

Diagnostic complex of the pedagogical control for physical conditions in para ice hockey

Ivanov A. V., PhD, associate professor, senior researcher; Baryaev A. A., PhD, deputy director;

Badrak K. A., PhD, head of department

Federal State Budget Institution «Saint-Petersburg scientific-research institute for physical culture»

Keywords: para ice hockey, pedagogical control, level of physical conditions.

Abstract. Training in para ice hockey should have operated with a feedback. The aim of feedback in pedagogical control for physical conditions of the athlete is to allow coaches a possibility to receive the objective information on the training process and functional changes which it has caused, with the further making of corrections into training process.

В тренировочном процессе необходим постоянный контроль состояния, уровня тренированности спортсменов и их спортивных результатов. Правильная оценка и интерпретация такого контроля по отношению к планируемому показателю позволяет объективно определить эффективность процесса подготовки спортсменов [3, 10, 11, 13].

Для получения объективных данных и последующего сопоставления их с планируемыми показателями необходимо правильно и своевременно измерять и оценивать наиболее информативные частные параметры, а затем при выявлении рассогласования между должным и действительным состоянием в тренировочный процесс следует внести коррективы.

На практике это выглядит следующим образом. Допустим, что имеется следж-хоккеист, который не попадает в основной состав команды. Данный факт в значительной мере обусловлен определенным уровнем его физической подготовленности. Перед спортсменом ставится задача повысить уровень спортивного мастерства и через определенный отрезок времени попасть в основной состав команды. Решение задачи возможно лишь на базе более высокого уровня физической подготовленности. Чтобы этот переход осуществлялся оптимально следж-хоккеист должен выполнить определенную тренировочную программу (нагрузка, средства, методы, контроль), т. е. воздействия, оказываемые на спортсмена на каждом тренировочном занятии, должны носить управляемый характер.

В целях успешного осуществления основной функции контроля,

в первую очередь необходимо определить [4, 5, 8]:

- 1) какие объекты тренировочного процесса подлежат измерению;
- 2) как измерять эти объекты;
- 3) какие при этом использовать тесты и показатели;
- 4) каким образом оценивать результаты тестирования.

Основным методологическим положением при решении указанных задач является создание оптимальной системы контроля над ходом тренировочного процесса на основе аргументированного выбора наиболее информативных и надежных тестов, параметров и показателей, определенных основными аспектами теории тестов и тестирования двигательных способностей [2, 4, 7].

В практике спортивных измерений достаточный уровень надежности тестов и процедуры тестирования достигается на основе использования следующих методов: четкая стандартизация тестирования; повышение мотивации к достижению максимального результата в тесте у испытуемых; обоснованный выбор технических средств измерения.

На завершающем этапе тестирования необходимо точно оценить полученные результаты. Но сложность заключается в том, что результаты тестов зачастую выражаются в разных единицах измерений (килограммах, секундах, сантиметрах, количестве повторений и т. д.) и поэтому непосредственно несопоставимы друг с другом. В связи с этим фактические результаты тестирования необходимо трансформировать в оценки (очки или баллы) на основе различных шкал.

В педагогическом контроле над следж-хоккеистами, следует учитывать, что структура физической подготовленности, значимость различных способностей, качеств и тесты, которыми они контролируются, имеют особенности для данного вида паралимпийского спорта.

Разработка диагностического комплекса педагогического контроля над подготовленностью следж-хоккеистов осуществлялась в несколько взаимосвязанных этапов.

На первом этапе были выявлены наиболее важные частные аспекты физических качеств:

- четыре проявления скоростных качеств (быстрота реакции, быстрота выполнения действия в целом, способность к быстрому началу движения, быстрота одиночного движения),
- четыре проявления ловкости (координация движений, мышечное чувство, ориентировка в пространстве, рациональность расслабления),
- два проявления выносливости (специальная и скоростная),
- а также взрывная сила и активная гибкость.

На втором этапе после многократного проведения тестирования по 10 тестам, была разработана 5-балльная шкала педагогической оценки по каждому из испытаний с последующим комплексным подсчетом набранных баллов, как по отдельным сторонам – физической и специальной – подготовленности хоккеистов, так и по их суммарному показателю.

Выбор тестов осуществлялся так, чтобы они удовлетворяли потребностям проводимого поэтапного контроля, оценивающего отдельные сто-

роны перманентного состояния следж-хоккеиста. Перманентное (устойчивое) состояние сохраняется длительный промежуток времени – несколько недель или месяцев. Примером такого состояния является спортивная форма:

– текущее состояние – состояние, в котором хоккеист находится после нескольких тренировочных занятий, например, в результате выполнения тренировочного микроцикла;

– оперативное состояние – состояние, в которое приходит организм спортсмена под влиянием однократного тренировочного занятия.

Тестирование по всему комплексу тестов целесообразно проводить в течение двух дней. Характер тренировочного воздействия за неделю до тестирования и сразу после него должен быть одинаковым. Условия выполнения тестов (очередность, количество попыток, интервалы отдыха) на всем протяжении контрольных измерений должны оставаться неизменными. Измерения следует начинать и заканчивать в одно и то же время. Характер отдыха при тестировании во всех случаях может быть пассивным.

Для квалифицированного оформления результатов тестирования необходимы специально заготовленные протоколы.

В таблицах 1, 2 представлены образцы таких протоколов; для примера приведены результаты тестирования физической и специальной подготовленности следж-хоккеиста П-ва. Здесь же представлены педагогические оценки по каждому тесту, общая сумма баллов и общая оценка по сумме проведенного тестирования (физическая и специальная подготовленности), а также выведен ранг хоккеиста в общем зачете. В таблицах 3, 4 представлены критерии оценки общей физической подготовленности и специальной физической подготовленности хоккеистов-следж.

В таблице 5 представлена 5-балльная система оценки достижений. По результатам тестирования физической и специальной подготовленности следж-хоккеистов, выводится общая педагогическая оценка и ранг хоккеиста в команде, даются рекомендации по внесению коррекций в тренировочный процесс. В таблице 6 представлена суммарная педагогическая оценка по результатам тестирования физической и специальной подготовленности.

Пример: у спортсмена П-ва в ходе тестирования определены низкие по-

Таблица 1
Протокол тестирования физической подготовленности хоккеистов-следж (образец)

№	ФИО	Тесты										Сумма баллов	Педагогическая оценка	Ранг
		Подтягивание		Жим штанги		Динамометрия		Пресс		Сгибание (разгибание) рук				
		Р	Б	Р	Б	Р	Б	Р	Б	Р	Б			
1	П-в	5	2	31	4	98	4	33	3	38	4	17	3	15

Примечание: Р – результат в принятых единица измерения, Б – результат в баллах.

Таблица 2
Протокол тестирования специальной физической подготовленности хоккеистов-следж (образец)

№	ФИО	Тесты										Сумма баллов	Педагогическая оценка	Ранг
		Восьмёрка				Челнок	Бросок	6 кругов						
		без шайбы		с шайбой				Р	Б	Р	Б			
1	П-в	14,0	3	16,4	4	37,7	3	3	3	2,38	3	16	3	15

Примечание: Р – результат в принятых единица измерения, Б – результат в баллах.

казатели силовой выносливости, а также невысокие результаты в скоростной подготовленности и аэробной выносливости.

Для данного хоккеиста необходима разработка комплекса тренировочных заданий, включающих в себя специальные упражнения, направленные на развитие указанных качеств.

Представленный диагностический комплекс педагогического контроля над физической подготовленностью хоккеистов-следж, был внедрен в тренировочный процесс сборной команды России по хоккею-следж в 2012 году. За прошедший период времени, российские следж-хоккеисты выиграли серебряные медали на Зимних паралимпийских играх в Сочи-2014, стали дважды бронзовыми призерами на чемпионатах мира в Корее-2013 и США-2015, а также выиграли чемпионат Европы в Швеции-2016.

Отметим, что положительная динамика показателей технико-тактического мастерства у хоккеистов-следж, членов паралимпийской сборной команды связана в первую очередь с построением системы подготовки, включающей разнообразные элементы подготовки с по-

Таблица 3
Критерии оценки общей физической подготовленности хоккеистов-следж

	2	3	4	5
Суммарная оценка (n=5)	Меньше 17	17-19	20-22	23 и больше
Суммарная оценка (n=4)*	Меньше 15	15-16	17-18	19 и больше

Примечание: *у спортсменов-колясочников

Таблица 4
Критерии оценки специальной физической подготовленности хоккеистов-следж

	2	3	4	5
Суммарная оценка (n=5)	Меньше 17	17-19	20-22	23 и больше

Таблица 5
Диагностический комплекс контроля над физической подготовленностью следж-хоккеистов

№	Информативные тесты	Оценки			
		5	4	3	2
1	Динамометрия (п + л)	>100	100-91	90-80	< 80
2	Подтягивание	>18	18-15	14-11	< 11
3	Жим штанги	> 40	40-35	34-30	< 30
4	Поднимание туловища из положения лежа, кол-во	>40	40-37	36-32	< 32
5	Сгибание (разгибание) рук в упоре лежа за 30 с, кол-во	>29	29-28	27-25	< 25
6	Бросок (п. +л.) (кол-во)	>4	4	3-2	1-0
7	Восьмерка без шайбы, с	<13,0	13,0-13,3	13,4-13,9	>13,9
8	Восьмерка с шайбой, с	< 15,1	15,1-15,6	15,7-16,4	>16,4
9	Челнок, с	< 33,8	33,8-34,8	34,9-35,9	>35,9
10	6 кругов, с	< 2,13	2,13-2,18	2,19-2,23	>2,23

Таблица 6
Суммарная педагогическая оценка по результатам тестирования физической и специальной подготовленности следж-хоккеистов

№	ФИО	Сумма баллов (ОФП + СФП)	5	4	3	2
			9	8	6-7	< 6
1	П-в	3+3			6	

стоянным проведением комплексного контроля [1, 6, 9, 12]. Полученные данные о параметрах выполненных технических приемов и тактических действиях помогают определять резервы в подготовке у следж-хоккеистов, что в свою очередь позволяет совершенствовать мастерство спортсменов, используя принцип индивидуализации в тренировочном процессе.

Использование большинства средств контроля требует не только педагогических знаний, но и специфических знаний из других областей науки – медицины, биохимии, физиологии, биомеханики и др. Установлено, что большинство методик контроля технической, тактической, психологической подготовленности спортсмена требует наличия специализированного оборудования. Это диктует необходимость привлечения специально подготовленного персонала.

Для обеспечения тренерского состава паралимпийских сборных команд России исчерпывающей информацией о состоянии подготовленности спортсменов, Министерством спорта Российской Федерации с 2008 года привлекаются комплексные научные группы сопровождения (КНГ). В результате их деятельности управляюще-управляемая система значительно расширяется (рис.).

Оценка состояния подготовленности в паралимпийском спорте имеет признаки системной структуры, поэтому, по нашему мнению, должна включать различные стороны оценки подготовленности – физической, технической, тактической, психологической; также, как и оценку успешности соревновательной деятельности [1-7].

В практике работы со сборными командами России по паралимпийским видам спорта силами КНГ используются три вида комплексного контроля:

- этапное комплексное обследование, задачей которого является определение уровня различных сторон подготовленности и двигательного потенциала спортсмена на отдельных этапах подготовки [1-3, 6-7];
- текущее обследование, задачами которого являются систематический контроль тренировочного процесса в целях повышения его эффективности и предупреждения перегрузок, перенапряжения, нарушения процессов адаптации; оценка уровня и структуры физической и технической подготовленности, состояния здоровья [1-3, 6-7];
- оценка соревновательной деятельности, задачей которой является анализ результатов соревновательной деятельности [1-5].

Специфика каждого вида контроля предполагает учёт особых условий и требований, предъявляемых к выбору используемых методик, оценивающих различные стороны подготовленности спортсмена. Они базируются на определённых принципах:

- принцип информативности – заключается в получении полноценной информации, способствующей оценке уровня подготовленности спортсмена по одному или более аспектам контроля;
- принцип оперативности – заключается в актуальности информации. Состояние подготовленности спортсмена весьма динамичный процесс, информация о котором должна поступать оперативно для возможности предотвращения и исправления опасных ситуаций;
- принцип стремления к неинвазивности – заключается в учете неадекватности восприятия спортсменами-паралимпийцами использования инвазивных средств, применяемых для оценки уровня различных сторон подготовленности, поскольку среди паралимпийцев много тех, кто получил поражение в результате несчастного случая, после чего перенёс большое количество медицинских процедур и воздействий;
- принцип комплексности – заключается в подборе методик способных оценить все стороны подготовленности спортсмена – физическую, техническую, тактическую, психологическую;
- принцип автоматизации (применения аппаратных методик) – заключается в выборе аппаратных средств и методов, способных повысить скорость и качество разносторонней информации об уровне подготовленности спортсмена;
- принцип минимизации времени на обследование спортсменов;
- принцип минимизации совокупности методик и тестов – заключается в минимизации используемых средств и методов оценки различных сторон подготовленности спортсменов, поскольку, все-таки, отвлекает атлетов от реализации непосредственной программы спортивной подготовки.

На основании использования данных принципов осуществляется постоянное совершенствование работы по научно-методическому сопровождению паралимпийских сборных команд России, что способствует росту спортивных результатов.

Литература

1. Баряев А. А. Система подготовки спортсменов-инвалидов в паралимпийском и сурдлимпийском спорте / А. А. Баряев, А. И. Черная; НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. – СПб: [б. и.], 2015. – 183 с.
2. Баряев А. А. Новые методы изучения и тренировки внимания в системе спортивной подготовки паралимпийского спорта / А. А. Баряев, С. А. Воробьев, Я. В. Голуб // Адаптивная физическая культура. 2017. – № 2. – С. 51-53.
3. Воробьев С. А. Научно-методическое сопровождение в паралимпийском спорте / С. А. Воробьев // Международные спортивные игры «Дети Азии» – фактор продвижения идей Олимпизма и подготовки спортивного резерва: матер. между. науч. конф. (07-08.07.2016, Якутск). – Якутск: РИО медиа-холдинга, 2016. – С. 68-70.
4. Ворошин И. Н. Анализ выступления сборной команды России на Чемпионате мира IPC по легкой атлетике 2015 – 300 дней до Паралимпийских игр 2016 / И. Н. Ворошин, С. А. Воробьев // Адаптивная физическая культура. – 2015. – №2 (64) – С. 12-13.
5. Ворошин И. Н. Итоги выступления паралимпийской сборной команды России по легкой атлетике на Чемпионате Европы 2014 / И. Н. Ворошин, С. А. Воробьев, К. Е. Ворошина // Адаптивная физическая культура. – 2014. – № 3 (59) – С. 2-я стр. обложки.
6. Ворошин И. Н. Оценка развития специальных физических качеств в дисциплинах легкой атлетике спорта лиц с поражением ОДА / И. Н. Ворошин // Адаптивная физическая культура. – 2016. – № 2 (66). – С. 11-14.
7. Ворошин И. Н. Уровневая модель подготовленности атлетов-паралимпийцев с нарушением зрения в беговых видах (на примере спринтерских дистанций) / И. Н. Ворошин, С. А. Воробьев // Учёные записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2011. – № 2 (72) – С. 48-52.



Рис. Схема управляюще-управляемой системы в паралимпийских дисциплинах

Подходы к разработке антидопинговых образовательных программ для подростков и молодежи

Грецов А. Г., доктор педагогических наук, ведущий научный сотрудник, профессор кафедры современных технологий адаптивной физической культуры Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья имени П. Ф. Лесгафта;

Воробьев С. А., кандидат педагогических наук, доцент, директор.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры»

Ключевые слова: антидопинговое образование.

Аннотация. Рассматривается специфика содержания антидопинговых образовательных программ для различных целевых аудиторий: молодые спортсмены; молодежь, не занимающаяся спортом; студенты – будущие тренеры; студенты других физкультурно-спортивных специальностей.

Контакт: info@spbniifk.ru

Approaches to development anti-doping educational programmes for adolescents and youth

Dr. Gretsov A. G., Doctor of Pedagogical Sciences, leading researcher, Professor in the department of modern technologies of adapted physical education at the Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health;

Vorobev S. A., PhD, Associate Professor, director.

Federal State Budget Institution “Saint-Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture”

Keywords: anti-doping education

Abstract. The specifics of the content of anti-doping educational programmes are considered for different target audiences: young athletes; youth not engaged in sports; students learning coaching; students of other sports specialties.

Актуальность разработки и реализации антидопинговых образовательных программ обусловлена как высокой значимостью проблемы допинга в спортивной среде, так и тем, что она тесно связана с отношением к спорту в обществе, возможностью реализации его воспитательного потенциала, восприятию ценности спорта в контексте здорового образа жизни. В некоторых случаях проблема приобретает и политический подтекст, влияет на имидж страны в целом. Наряду с допинг-контролем, важно и профилактическое направление, формирование нетерпимости к допингу в физкультурно-спортивной среде.

Эффективность программ профилактики предопределяют в сочетании четыре аспекта [1]:

- Фактические данные.
- Образование на базе ценностей.
- Последствия для здоровья.
- Этические соображения.

При создании и реализации профилактических программ необходимо учитывать, что знания сами по себе еще не предопределяют поведение. Программы не могут сводиться к информированию, необходимо широкое применение активных психолого-педагогических методов, позволяющих влиять на ценностно-мотивационную сферу личности.

При конструировании антидопинговых образовательных программ для различных типов образовательных организаций и организаций, осуществляющих спортивную подготовку, мы исходим из того, что помимо необходимости сформировать общее представление о проблеме допинга и установку на нетерпимость к нему, у каждой целевой аудитории имеются специфические запросы. Несмотря на существование и более мелкой градации, принципиально можно выделить четыре типа целевых аудиторий:

- Юные спортсмены (занимающиеся в ДЮСШ и других спортивных организациях).
- Молодежь, не занимающаяся спортом (имеются в виду именно систематические занятия, направленные на подготовку к соревнованиям, а не посещение любительских секций и т. п.). Это школьники, а также студенты, направления подготовки которых не связаны с ФиС.
- Студенты – будущие тренеры по виду спорта, в том числе в сфере АФК. Нередко в период обучения сами являются действующими спортсменами.
- Студенты – будущие педагоги (прежде всего, обучающиеся на физкультурно-спортивных отделениях педагогических ВУЗов) и другие специалисты в области ФиС.

Содержание программ в той части, что направлена на раскрытие общей сути проблемы допинга в спорте, приблизительно совпадает всех целевых аудиториях. Всем категориям слушателей необходимо дать представление о проблеме допинга и путях его предотвращения. Различия проявляется на уровне глубины обсуждения различных тем методики подачи информации. Наряду с этим, для каждой целевой аудитории разрабатывается специальный блок, отражающий ее более узкие запросы.

Основные содержательные блоки общего модуля:

- Определение понятия «допинг».
- Исторический обзор проблемы допинга.
- Основные группы запрещенных препаратов и методов. Основания для их запрета.
- Распространенность допинга в разных видах спорта.

Литература

1. Баряев А. А. Динамика показателей технико-тактического мастерства сборной команды России по хоккею-следж в рамках цикла подготовки к Паралимпийским играм в Сочи 2014 года / А. А. Баряев, А. В. Иванов, К. А. Бадрак, С. А. Самойлов // Итоги выступления спортивных сборных команд Российской Федерации на XXII Олимпийских зимних играх и XI Паралимпийских зимних играх 2014 года в Сочи: Итоговый сборник Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Советский спорт. – М.: 2014. – С. 83-88.
2. Буба Х. Тесты в спортивной практике / Х. Буба, Г. Фэк, Х. Штюблер, Х. Трогш – М.: Физкультура и спорт, 1968.
3. Быков А. В. Стратегия и тактика в командных игровых видах спорта / А. В. Быков // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. – 2011. – №12. – С. 44-50.
4. Годик М. А. Спортивная метрология: Учеб. Для ИФК. – М.: Физкультура и спорт, 1988. – 192 с.
5. Годик М. А. Комплексный контроль в спортивных играх / М. А. Годик, А. П. Скородудова – М.: Советский спорт, 2010. – 336 с.: ил.
6. Евсеев С. П. Экспериментальные схемы организации программ научно-методического обеспечения в паралимпийском спорте / С. П. Евсеев, О. М. Шелков, Д. Ф. Мосунов, И. В. Клешнев А. А. Баряев // Адаптивная физическая культура. -2008. – №2. – С. 35-37.
7. Занковец В. Э. Энциклопедия тестирований / В. Э. Занковец – М.: «Спорт», 2016. – 447 с.: ил.
8. Зацюрский В. М. Основы спортивной метрологии. – М.: Физкультура и спорт, 1979. – 152 с.
9. Иванов А. В. Направления научно-методического сопровождения сборной команды России по хоккею-следж в рамках цикла подготовки к Паралимпийским играм 2014 года / А. В. Иванов, К. А. Бадрак, А. А. Баряев // Теория и практика АФК – двадцатилетний путь: Материалы Всерос. научно-практ. конф., посвященной 20-летию создания кафедры АФК (29 апреля 2015 года). В 2 ч. Ч. 1. – НГУ имени П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. – СПб., 2015. – С. 106-112.
10. Лазаренко В. Г. К проблеме определения уровня развития физических качеств в следж-хоккее / В. Г. Лазаренко, В. А. Каманцев // Адаптивная физическая культура. – 2017. – №2. С. 27-29.
11. Михно Л. В. Содержание и структура спортивной подготовки хоккеистов / Л. В. Михно, К. К. Михайлов, В. В. Шилов // Учебное пособие. – Национальный государственный университет им. П. Ф. Лесгафта, 2011. СПб. – 2011. – 223 с.
12. Шелков О. М. Анализ итогов выступления сборной команды Российской Федерации на XI Паралимпийских зимних играх 2014 года в Сочи / О. М. Шелков, А. А. Баряев, К. А. Бадрак, О. Э. Евсеева // Адаптивная физическая культура. – 2014. – №2. – С. 51-53.
13. Sandbakk O. The effects of heavy upper-body strength training on ice sledge hockey sprint abilities in world class players / O. Sandbakk, M. Hansen, G. Ettema, B. R?nnestad // Human Movement Science. – 2014. – № 38. – P. 251-261.

Влияние учебного процесса на социальное здоровье и физическое состояние студентов с ограниченными возможностями здоровья

Каленик Е. Н., кандидат педагогических наук, доцент;
Купцов И. М., кандидат педагогических наук, доцент;
Донина О. И., доктор педагогических наук, профессор.
Ульяновский государственный университет.

Ключевые слова: Студенты с ограниченными возможностями здоровья, социальное здоровье, оценка физического состояния, физиологическая оценка адаптации, анализ состояния психического и социального здоровья у студентов разных курсов, сложная адаптация к обучению в вузе, инклюзивные программы.

Аннотация. В статье рассмотрена проблема «социального здоровья», которая является одной из ключевых для развития личности и первоустанавливающим для студенческой молодежи. Подвергнуто анализу влияние обучения на «социальное здоровье» студентов с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), их психологическое и физическое состояние. Проблема социального здоровья студенческой молодежи с ОВЗ в современных образовательных условиях приобретает мобильный характер. «Социальные изменения могут превратить прежде сформированную социализированность в неудачную». Проанализировано влияние обучения в вузе на функциональное состояние студентов с ОВЗ. Повергнуто сравнению показатели функционального состояния студентов с ОВЗ с показателями функционального состояния в контрольных группах студентов без ограничений по здоровью. Проведена оценка состояния физического, психического и социального здоровья студентов с ограниченными возможностями здоровья.

Обсуждена роль высшей школы в процессе формирования ценности здоровья, его сохранения и укрепления у студентов с ОВЗ. Предложено для улучшения сложившейся ситуации разработать инклюзивные программы с учетом патологий и потребностей студентов, проводить комплексную систематическую работу со студентами с ОВЗ, направленную на формирование здорового образа жизни, ценности здоровья, качественных мероприятий по сохранению и отношению к нему.

Мониторинг здоровья студентов с ОВЗ позволит создать качественную информационную базу для разработки инклюзивных программных и иных мероприятий на уровне каждого вуза, каждого курса, особенно обращая внимание на сложные периоды в обучении студентов.

Контакт: kente@mail.ru

Influence of the educational process on the social health and physical condition of students with disabilities

Kalenik E. N., PhD., Associate Professor,
Kuptsov I. M., PhD., Associate Professor,
Dr. Donina O. I., Doctor of Sciences, Professor.
Ulyanovsk State University.

Keywords: Students with disabilities, social health, physical assessment, physiological evaluation of adaptation, analysis of mental and social health in students of different courses, difficult adaptation to higher education, inclusive programs.

Abstract. The article discusses the problem of «social health», which is one of the key to the development of the individual and pioneering for student youth. The influence of teaching on «social health» of students with disabilities, their psychological and physical state was analyzed. The problem of the social health of students with HIA in modern educational conditions acquires a mobile character. «Social changes can turn a previously formed socialization into an unsuccessful one.» The influence of teaching in the university on the functional state of students with HIA is analyzed. The indicators of a functional state of students with HIA with indicators of a functional state in control groups of students without restrictions on health are compared. The state of physical, mental and social health of students with disabilities was assessed. The role of the higher school in the process of shaping the value of health, its preservation and strengthening in students with HIA is discussed. It was proposed to develop inclusive programs to improve the current situation. Taking into account the pathologies and needs of students, to carry out a comprehensive systematic work with students with HIA, aimed at the formation of a healthy lifestyle, the value of health, quality measures to preserve and treat it. Monitoring the health of students with HIA will create a high-quality information base for the development of inclusive program and other activities at the level of each university, each course, especially paying attention to difficult periods in the training of students.

Здоровье остается наиболее важной ценностью, а его интегральный показатель – конечным результатом эффективного функционирования человека. Состояние здоровья студенческой молодежи – один из важнейших обобщающих параметров здоровья нации [1, 13]. Проблема «социального здоровья» является одной из ключевых для развития личности и общества в целом, и первоустанавливающим для студенческой молодежи.

С точки зрения медицинского аспекта, социальное здоровье – это характеристика физического и психического здоровья общества [7].

С психолого-социологической точки зрения, социальное здоровье рассматривается как «интегральная характеристика развития личности взятая в единстве их социальных и биологических показателей и в контексте уровня и качества развития общества, выражаемая в совокупности показателей жизненной удовлетворенности, соматического и психического здоровья и социальной активности» [1].

Переход от психологического здоровья к социальному уровню весьма условен. Однако во втором случае человек воспринимается как существо общественное, и здесь наиболее важными представляются вопросы влияния на здоровье личности, а также выполнение человеком своих социальных функций. Этот факт имеет большое значение для учащейся молодежи с ограниченными возможностями здоровья. Социальное здоровье определяется количеством и качеством межличностных связей индивида и степенью его участия в жизни общества. Нарушения в сфере социального здоровья могут быть обусловлены доминированием определенных личностных свойств (конфликтностью, эгоцентризмом и т. д.). Кроме того, по мнению ряда авторов (Л. С. Выготский, Т. А. Донских, В. Т. Кондрашенко, И. Тэйлор) данные свойства, обуславливают процесс формирования девиантного поведения. Их можно разделить на внешние факторы и внутренние процессы развития, приводящие к деформации личности [4].

Проблема социального здоровья студенческой молодежи с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в современных условиях приобретает мобильный характер. «Социальные изменения могут превратить прежде сформированную социализированность в неудачную, и возможность вновь достигнуть успеха в этом плане зависит также от способности адаптироваться в изменившихся условиях» [11].

В укреплении и сохранении своего здоровья определяющую роль играет сам человек. С этим связано и его умение оценивать состояние своего здоровья. В то же время эффективность самооценки здоровья непосредственно зависит от знания себя.

Отношение к здоровью – система индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, напротив, угрожающими здоровью людей, а также определенная оценка индивидом своего социального здоровья, физического и психического состояния.

Цель данной статьи – рассмотреть влияние обучения на социальное здоровье студентов с ОВЗ, их психологическое и физическое состояние.

В исследовании приняли участие студенты с ограниченными возможностями здоровья Ульяновского государственного университета с первого по третий курс очного обучения по разным специальностям, 30 юношей и девушек.

Исследуемые студенты были распределены на три группы (n=10): группа 1 – 1 курс обучения, группа 2 – 2 курс, группа 3 – 3 курс. Также были сформированы контрольные группы (КГ) студентов, без особенностей развития и патологий, с первого по третий курс обучения с тех же специальностей, что и основные исследовательские группы: по 10 человек в каждой КГ. Итого, в исследовании приняли участие 60 студентов Ульяновского государственного университета. Студенты с ОВЗ основной исследовательской группы 2 и 3 курса, участвовали в лонгитюдном обследовании своего здоровья, от 2 до 3 лет, в каждом семестре обучения.

В основных исследовательских группах студенты с ОВЗ распределились следующим образом по характеристике заболевания:

Группа 1 – 24 % студентов с онкологическими заболеваниями, 20 % студентов со сложными заболеваниями органов зрения, 20 % с ВСД и черепно-мозговыми дисфункциями (в том числе последствия травм головы), 14 % – заболевания, относящиеся к эндокринологии и нефрологии, 15 % студентов с заболеваниями сердечнососудистой системы, 7 % с заболеваниями ОДА (с последствиями сложных переломов, операций на позвоночнике).

Группа 2 – 50 % заболевания ОДА (с последствиями сложных переломов, операций на позвоночнике, арт-

риты и т. д.) 30 % заболевания, относящиеся к эндокринологии и нефрологии, 20 % студентов с заболеваниями сердечнососудистой системы.

Группа 3 – 60 % студентов с заболеваниями сердечнососудистой системы, 20 % – заболевания ОДА, 10 % – заболевания, относящиеся к клинике нервных болезней (в том числе эпилепсия), 10 % – с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Группы проходили обследование в одно и то же время, в утренние часы. Исследование проходило в физиологической лаборатории факультета Физической культуры Института медицины, экологии и физической культуры и в исследовательской лаборатории кафедры педагогики и психологии факультета Гуманитарных наук и социальных технологий Ульяновского государственного университета.

Для нас было важным обсудить полученные результаты предыдущих исследований [6] и подтвердить следующие выводы:

1. На обучение в вузе студенты с ОВЗ реагируют неспецифической адаптационной реакцией. У них низкие функциональные резервы. На такое «возмущение», как учеба их организм реагирует «мобилизацией функциональных резервных механизмов, сглаживающих и компенсирующих возможные нарушения гомеостаза».

2. У студентов 2 курса проходит более сложная адаптация к среде вуза, и, с конкретным выражением морфофункциональных изменений, при ограниченных возможностях здоровья проходит сдвиг в сторону дезадаптации.

Таким образом, в исследовании поставлены следующие задачи:

1. Изучить влияние обучения в вузе на функциональное состояние студентов с ОВЗ.

2. Сравнить показатели функционального состояния студентов с ОВЗ с показателями функционального состояния в контрольных группах студентов.

3. Сравнить показатели функционального состояния студентов с ОВЗ с показателями исследований проведенных в 15/16 учебном году. Проследить динамику изменений пока-

зателей функционального состояния у студентов с ОВЗ.

4. Оценить по методикам самооценки состояние физического, психического и социального здоровья студентов в исследовательских группах.

Методы

Для решения поставленных задач в ходе исследования были использованы следующие методы:

– Анализ научно-методической литературы.

– Инструментальные и расчетные физиологические методы исследования – вариационная пульсометрия. Каждая группа обследовалась, с использованием компьютера и «Комплекса для обработки кардиоинтервалогамм и анализа variability сердечного ритма Варикард 2.51».

– Математический анализ variability сердечного ритма.

– Расчетный метод оценки адаптационных возможностей – адаптационный потенциал по Баевскому.

– Анализ состояния физического, психического и социального здоровья по методике, разработанной С. Степановым.

– Методы описательной математической статистики и проверки гипотезы по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Проведя статистический и авторегрессионный анализ сердечного ритма, мы выявили, что показатели ЧСС градуально повышены во всех группах, относительно возраста, но находятся в верхней границе нормы.

Показатели частоты сердечных сокращений в группах распределились следующим образом:

$$\text{ЧСС}_{1\text{курс}} = 84,06 \pm 3,3 \text{ уд/мин.};$$

$$\text{ЧСС}_{2\text{курс}} = 84,4 \pm 3,1 \text{ уд/мин.};$$

$$\text{ЧСС}_{3\text{курс}} = 85,5 \pm 6,2 \text{ уд/мин.}$$

В контрольных группах студентов без ограничений пульс составил:

$$\text{ЧСС}_{1\text{курс}} = 81,01 \pm 3,3 \text{ уд/мин.};$$

$$\text{ЧСС}_{2\text{курс}} = 74,3 \pm 3,6 \text{ уд/мин.};$$

$$\text{ЧСС}_{3\text{курс}} = 81,3 \pm 3,2 \text{ уд/мин.},$$

что говорит о норме распределения показателя в контрольных группах.

В предыдущем исследовании [6] у студентов 2 курса пульс был выше нормы и составлял $\text{ЧСС}_{2\text{курс}} = 109,6 \pm 9,1$ уд/мин. В динамике у этих

же студентов, но уже на третьем курсе определили следующие результаты $\text{ЧСС}_{3\text{курс}} = 85,5 \pm 6,2$ уд/мин. Состояние сердечного ритма вошло в границы нормы, хотя полученный результат все же выше, чем в других исследовательских группах, что подтверждает наш вывод – у студентов к 3 курсу происходит общая адаптация к учебному процессу, а правильное построение учебных и оздоровительных нагрузок, в соответствии медицинским диагнозом, приводит к сбалансированной регуляции симпатического и парасимпатического отделов нервной системы. Этот факт согласуется с результатами работ Р. С. Минвалеева, А. И. Иванова, 2008; В. А. Вишневого, С. И. Логинова, А. Ш. Бектимирова, Е. Н. Лопатниковой, 2010; А. А. Федякина, Н. А. Семенова, Ж. Г. Кортавы, 2010 и др., [2, 3, 9, 12].

Таким же образом распределяются показатели срочной адаптации – вагосимпатического баланса (LF/HF) и показывают, что наибольшее напряжение так же остается в группе студентов 2 курса по всем результатам исследования. Однако, при сравнении с показателями предыдущего исследования [6], показатель в этой группе составлял $\text{LF/HF}_{1\text{курс}} = 2,074 \pm 0,39$, и снижение его до результата $\text{LF/HF}_{2\text{курс}} = 1,73 \pm 0,3$ на втором курсе можно трактовать как положительную адаптацию.

Анализ показателя активности симпатического звена регуляции – амплитуда моды (АМо %) по нормативам гомеостаза, по вариационным пульсограммам Р. М. Баевского, характеризуется в исследуемых группах у студентов с ОВЗ как умеренная симпатикотония. Показатель АМо в группах статистически не отличается, отражает стабилизирующий эффект централизации управления ритмом сердца, и свидетельствует об активации симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) – $\text{АМо}_{1\text{курс}} = 51,1 \pm 11,1$ %; $\text{АМо}_{2\text{курс}} = 50,1 \pm 7,8$ %; показатель этих двух групп находится за пределами верхних границ нормы, лишь в группе 3 курса $\text{АМо}_{3\text{курс}} = 42,9 \pm 4,0$ % показатель в норме. Можно сказать, что на учебную нагрузку организм студентов с ОВЗ реагирует неспеци-

фической адаптационной реакцией, и это зависит от специфики заболеваний и функциональных резервов, которые у данной категории студентов очень низкие.

Таким же образом распределяется количественная характеристика соотношений между центральным и автономным контурами регуляции сердечного ритма, IC (индекс централизации), в исследуемых группах по парному t-критерию Стьюдента зависимых показателей ($p \leq 0,5$), значение показателя $\text{IC}_{2\text{курс}}$ статистически отличается, от двух других групп ($\text{IC}_{1\text{курс}} = 3,0 \pm 1,1$; $\text{IC}_{2\text{курс}} = 6,9 \pm 4,4$ *; $\text{IC}_{3\text{курс}} = 2,2 \pm 0,5$), что подтверждается соматическим аспектом студентов с ОВЗ и сложностями адаптации.

Во всех исследовательских группах студентов с ОВЗ «индекс напряжения» (ИН) имеет в среднем функциональную норму, но по сравнению с показателями предыдущих исследований, показатели изменились. Так у студентов с ОВЗ второго курса показатель ИН по сравнению с показателями на первом курсе [6], вырос значительно от $\text{ИН}_{1\text{курс}} = 142,5 \pm 48,8$ до верхних границ нормы $\text{ИН}_{2\text{курс}} = 175,1 \pm 54,9$ на сегодняшний день. Разница между результатами «индекса напряжения» подтверждает наши выводы и свидетельствует о более выраженном стрессовом состоянии студентов на втором курсе обучения. Этот показатель чрезвычайно чувствителен к усилению тонуса симпатической нервной системы. На такое «возмущение», как учеба в вузе для студентов с ограниченными возможностями, организм реагирует «мобилизацией функциональных резервных механизмов, сглаживающих и компенсирующих возможные нарушения гомеостаза» [8].

Среди факторов, влияющих на здоровье студентов помимо общих, определяющих состояние здоровья всего населения региона, есть специфические, которые непосредственно взаимодействуют с образовательным процессом. Среди них можно выделить низкий уровень физкультурного и валеологического образования студентов. Материально-технические проблемы, связанные с процессом обучения, большие учебные нагрузки, наличие стрессовых ситуа-

ций: самоопределение в будущей профессии, социальная адаптация, экзаменационные сессии, несоблюдение режимов питания и сна, высокая степень риска наличия вредных привычек [13]. Вышеназванные факторы имеют усугубляющее значение для студенческой молодежи с ОВЗ. Выходом из сложившейся ситуации будут инклюзивные программы для студентов с учетом их запросов и возможностей.

К третьему курсу у студентов с ОВЗ компенсируются возможные нарушения гомеостаза и мобилизуются функциональные резервы. Тому подтверждение полученные данные. От показателей на период исследований 2015/2016 г. [6] $ИН_{2курс} = 198,5 \pm 48,9$ снизился до показателей нормы в исследовательский период 2016/2017 г. $ИН_{3курс} = 157,6 \pm 37$.

Мобилизация функциональных резервов механизмов на третьем курсе проходит более успешно в связи с правильной самооценкой своего физического состояния, отношения к здоровому стилю жизни, увеличению физкультурно-оздоровительных мероприятий, в которых студенты участвуют. К этому периоду обучения, к 3 курсу, приходит понимание, что собственные физические и психические резервы исчерпаемы, появляется заинтересованность в получении информации о здоровом образе жизни, участие в профилактических мероприятиях по поддержанию своего социального здоровья и физического состояния. Таким образом, самооценка своего физического здоровья (ФЗ) у студентов 3 курса повышается $ФЗ = 119,05 \pm 8,6$.

В контрольных группах студентов без ограничений статистической разницы между показателями самооценки физического здоровья нет, но к третьему курсу, так же прослеживается тенденция увеличения внимания к формированию ценности здоровья и установок на здоровый образ жизни (см. табл.).

Последствия заболеваний у студентов с ОВЗ не ограничиваются нарушением бытовых функций, обычно значительно страдает и общественная (социальная) активность. Психическое здоровье у студентов с ОВЗ практически не изменяется с первого года

обучения до третьего, соматическое состояние, последствие заболевания подтачивают душевное благополучие, хотя студенты сохраняют психический баланс. А у студентов без ограничений изменения в психическом состоянии более яркие – ко второму курсу студенты становятся более энергичными, можно сказать дерзкими. Для тех и других будет иметь значение продуманная программа оздоровления организма, его физического и психического состояния.

Показатели социального здоровья в исследовательской группе от контрольной отличаются незначительно, но все же показатель у группы студентов с ОВЗ ниже. Способствует этому состояние студентов с ОВЗ – они конфликтуют лишь тогда, когда нет иного выхода и другие средства исчерпаны, поскольку «биопсихические возможности способствуют установлению равновесия с социальной средой путем адаптации и конструктивной активизации в ней, следуя нравственным и социальным нормам» [10].

Социальное здоровье – это ресурс, социальный капитал, необходимый для успешной социализации и социальной адаптации в новых общественно-экономических условиях, а также в условиях модернизации российского образования [5].

Таким образом, на биологическом уровне сущность социального здоровья рассматривается как динамическое равновесие работы всех внутренних органов и их адекватное реагирование на влияние окружающей среды. Различные виды серьезных органических нарушений приводят к изменениям в психике, личностном статусе и социальном поведении студента с ОВЗ. Чем тяжелее заболева-

ние организма, тем сильнее оно влияет на состояние психического и социального здоровья. Для студентов с ОВЗ необходимы инклюзивные программы, которые будут учитывать ограниченные возможности здоровья, запросы и нужды, сложности в адаптации к учебным нагрузкам.

По величине адаптационного потенциала оценивается уровень напряжения регуляторных систем. Чем выше адаптационные возможности системы кровообращения, тем меньше значения адаптационного потенциала. Адаптационный потенциал является показателем, обуславливающим взаимосвязь двух противоположных понятий: «здоровье» и «болезнь».

На момент проведения исследования в группах, у студентов оценка адаптационного потенциала (АП) по Баевскому соответствовала нормальной (удовлетворительной) адаптации у первого и третьего курса $АП_{1курс} = 2,1 \pm 0,09$ и $АП_{3курс} = 2,29 \pm 0,06$ соответственно. На втором курсе значения были чуть хуже и соответствовали напряжению механизмов адаптации $АП_{2курс} = 2,4 \pm 0,16$. Эти данные перекликаются с данными полученными нами в предыдущем исследовании [6]. В контрольной группе, у студентов без ограничений по здоровью, АП в норме, но тенденция к напряжению механизмов адаптации на втором курсе тоже прослеживается: $АП_{1курс} = 1,8 \pm 0,1$ и $АП_{2курс} = 2,13 \pm 0,07$ $АП_{3курс} = 2,01 \pm 0,03$.

В программе обучения у студентов 2 курса появляется большее количество предметов специальных, объем часов по предметам общегуманитарного курса уменьшается. В связи со сложностью освоения специальных предметов, теоретической и практической подготовкой, ведущих к большей нагрузке у студентов с ОВЗ, происходят морфофункциональные изменения. При болезни идет сдвиг в сторону дезадаптации, выпадение студента с ОВЗ из образовательного процесса.

Роль высшей школы в процессе формирования ценности здоровья, его сохранения и укрепления у студентов с ОВЗ недостаточно высока. Зачастую

Таблица
Показатели самооценки состояния физического, психического и социального здоровья по методике, разработанной С. Степановым, в исследовательских (ИГ) у студентов с ОВЗ и контрольных (КГ) группах

Группа (курс)	Показатель			
	Физическое здоровье	Психическое здоровье	Социальное здоровье	
1 курс	ИГ	106,3±11,8	22,5±1,7	23,05±0,7
	КГ	141,3±0,8	23,2±1,4	25,2±0,8
2 курс	ИГ	98,13±8,2	21,3±1,8	23,4±0,9
	КГ	139,1±5,6	29,2±0,8	22,5±1,3
3 курс	ИГ	119,05±8,6	22,4±1,35	23,5±0,9
	КГ	141,0±3,2	24,2±1,6	24,3±1,0

отсутствие финансовой и технических возможностей, заинтересованности вуза приводит к тому, что принятые программные мероприятия остаются на уровне документов.

Для улучшения сложившейся ситуации необходимо проводить комплексную систематическую работу со студентами с ОВЗ, направленную на формирование здорового образа жизни, ценности здоровья, качественных мероприятий по сохранению и отношению к нему. Разрабатывать инклюзивные образовательные программы – с выходом на более широкий процесс интеграции студентов с ОВЗ, подразумевающий одинаковую доступность образования для всех студентов и развитие профессионального образования в плане приспособления к различным нуждам всех обучающихся.

Мониторинг здоровья студентов позволит создать качественную ин-

формационную базу для разработки инклюзивных программных и иных мероприятий на уровне каждого вуза, каждого курса, особенно обращая внимание на сложные периоды в обучении студентов.

Литература

1. Актуальные проблемы исследования социального здоровья» Часть 1 / под ред. Р. А. Зобова, А. А. Козлова. – СПб, Химиздат, 2004. – С. 37
2. Березовская Р. А. Отношение к здоровью / Р. А. Березовская, Г. С. Никифоров // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2003.
3. Вишневецкий В. А. Сравнительный анализ эффективности летнего отдыха в лагере дневного пребывания в условиях ХМАО-ЮГРЫ и с выездом на юг страны / Вишневецкий В. А., Логинов С. И., Бектимиров А. Ш. / Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Уфа, 2010, С. 117-124
4. Выготский Л. С. Психология. М.: Апрель Пресс: ЭКСМО-Пресс, 2000. 1007 с.
5. Дружинин Р. Социальное здоровье личности подростка как категория социальной педагогики. / Вестник Тамбовского университета. 2013№1(117), с. 130-136
6. Каленик Е. Н. Влияние обучения в вузе на состояние здоровья студентов с ОВЗ

разных курсов/Каленик Е. Н., Каширин В. А., Коновалова Л. В. // Адаптивная физическая культура 2016, №3(67), 15-22с.

7. Караяни А.Г. О работе секции «Социальное здоровье нации и будущее России» [Электронный ресурс] Режим доступа <http://elibr.pstu.ru/vufind/Record/RUPSTUtrud3736> (Дата обращения 04.09.2017)
8. Кассиль Г. Н. Гуморально-гормональные механизмы регуляции функций при спортивной деятельности. / Кассиль Г. Н., Вайсфельд И. Л., Метлина Э. Ш., Шрейберг Г. Л. -М.: Наука, 1978. – 198 с.
9. Минвалеев Р. С. Удияна-бандха / Р. С. Минвалеев, А. И. Иванов // Адаптивная физическая культура. – 2008. – № 1 (13). – С. 10-11.
10. Приступа Е. Н. Здоровье ребенка как социальная ценность // Знание. Понимание. Умение. 2007. №1 С. 176-183
11. Салахова В. Б. Проблема ресоциализации девиантной личности / Симбирский научный вестник №3 (21)2015, С. 95.
12. Федякина А. А. Адаптационные изменения деятельности сердечнососудистой системы женщин в процессе занятий в школе здоровья. / Федякина А. А., Семенова Н. А., Кортова Ж. Г. // Научно-теоретический журнал «Ученые записки», №7(65), 2010, С. 82-86.
13. Халикова С. В. Здоровье студенческой молодежи как социальная ценность: региональный аспект// автореф. канд. соц. н. 22.00.04, Хабаровск, 2011, 26с.

Принципы наполнения видов обследования научно-методического сопровождения паралимпийских сборных команд Российской Федерации

Ворошин И. Н., кандидат педагогических наук, доцент, руководитель комплексной научной группы паралимпийской сборной команды Российской Федерации по лёгкой атлетике лиц с поражением ОДА;

Воробьев С. А., кандидат педагогических наук, доцент, директор, руководитель комплексной научной группы паралимпийской сборной команды Российской Федерации по лёгкой атлетике спорта ЛИН, спорта слепых;

Баряев А. А., кандидат педагогических наук, заместитель директора, руководитель комплексной научной группы паралимпийской сборной команды Российской Федерации по гольболу.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры»

Ключевые слова: паралимпийский спорт, научно-методическое обеспечение, методики, принципы отбора, оценки подготовленности

Аннотация. В статье рассматриваются общие для всех видов паралимпийского спорта принципы отбора методик оценки различных сторон подготовленности спортсменов в исследованиях, проводимых в рамках научно-методического сопровождения сборных команд России: информативности, оперативности, стремления к неинвазивности, комплексности оценка подготовленности, автоматизации, минимизации времени и совокупности методик и тестов.

Контакт: info@spbniifk.ru

Principles of testing differentiation during scientific and methodical support in Russian paralympic teams

Voroshin I. N., PhD, associate professor, head of department;

Vorobev S. A., PhD, associate professor, director;

Baryayev A. A., PhD, deputy director.

Federal State Budget Institution «Saint-Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture»

Keywords: Paralympic sport, scientific and methodological support, methods, principles of selection, assessment of readiness

Abstract. In this article shown general principles of testing differentiation for athletes in Paralympic sport conducted during scientific and methodical support of Russian national teams. It is necessary to refer the following to these principles: efficiency, non-invasiveness, complexity of assessment, automatic, minimum time of investigation, testing differentiation.

Руководствуясь положениями теории управления, подготовка спортсмена – это система, в которой взаимодействуют «управляющая система» – тренер и «управляемая система» – спортсмен. Между ними в ходе тренировочно-соревновательной деятельности появляется различная специализированная информация, которая обрабатывается управляющей системой, в результате чего появляются предпосылки для оптимизации профессиональной деятельности управляемой системы.

Наши авторы

Есеева О. Э., кандидат педагогических наук, профессор, директор института АФК. НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург.

Контакт: afk_lesgaf@mail.ru

Есеев С. П., доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой теории и методики адаптивной физической культуры, член-корреспондент РАО. НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург.

Контакт: afk_lesgaf@mail.ru

Ворошин И. Н., кандидат педагогических наук, доцент, руководитель КНГ паралимпийской сборной команды России по лёгкой атлетике лиц с поражением ОДА. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: voroshin_igor@mail.ru

Воробьев С. А., кандидат педагогических наук, доцент, директор, руководитель комплексной научной группы паралимпийской сборной команды России по лёгкой атлетике спорта ЛИН, спорта слепых. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: info@spbniifk.ru

Баряев А. А., кандидат педагогических наук, заместитель директора, руководитель комплексной научной группы паралимпийской сборной команды России по гольболу. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: info@spbniifk.ru

Мякольников В. Б., доктор психологических наук, профессор; НГУ им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург; Контакт: 62sport@gmail.com

Кочетова Н. В., руководитель информационно-аналитического отдела. Российская ассоциация спортивных сооружений. Контакт: 62sport@gmail.com

Емельянов В. Ю., кандидат технических наук, мастер спорта международного класса по дзюдо, старший преподаватель кафедры физвоспитания;

Чайников А. П., мастер спорта СССР по самбо, доцент кафедры физвоспитания. МГТУ им. Н.Э. Баумана (национальный исследовательский университет). Контакт: arpo_rmaf@mail.ru

Беляк О. Ю., магистрант. Уральский федеральный университет им. Первого Президента России Б. Н. Ельцина, г. Екатеринбург. Контакт: o.j.belyak@mail.ru

Дубровина Н. А., старший преподаватель.

Уральский федеральный университет им. Первого Президента России Б. Н. Ельцина (УрФУ), г. Екатеринбург. Контакт: o.j.belyak@mail.ru

Правдов М. А., доктор педагогических наук, профессор, ФГБОУ ВО «Ивановский государственный университет», Шуйский филиал. Контакт: dmitry1@rambler.ru

Шамуратов С. Ф., аспирант. ФГБОУ ВО «Ивановский государственный университет», Шуйский филиал. Контакт: dmitry1@rambler.ru

Тюкавина Е. В., аспирантка. ФГБОУ ВО «Ивановский государственный университет», Шуйский филиал. Контакт: dmitry1@rambler.ru

Гриднева В. В., преподаватель. СибГУФК, г. Омск. Контакт: vitalina-85@mail.ru

Волова М. В., аспирантка. СибГУФК, г. Омск. Контакт: vitalina-85@mail.ru

Налобина А. Н., доктор биологических наук, доцент, завкафедрой теории и методики АФК. СибГУФК г. Омск. Контакт: vitalina-85@mail.ru

Овчинников Ю. Д., кандидат технических наук, доцент; **Стародубец А. И.**, студентка. Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, г. Краснодар. Контакт: yurij.ovchinnikov@inbox.ru

Фирилёва Ж. Е., кандидат педагогических наук, почётный доцент;

Родичкин П. В., доктор медицинских наук, профессор. Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, СПб. Контакт: firilevaze@yandex.ru

Сляднева Л. Н., доктор педагогических наук, профессор;

Сляднева Е. Н., педагог-психолог, аспирант. Ставропольский государственный педагогический институт. Контакт: s771245@mail.ru

Ненахов И. Г., аспирант. НГУ им. П.Ф. Лесгафта, СПб. Контакты: nenahov91@mail.ru

Шадрин Д. И., соискатель, старший преподаватель. НГУ им. П.Ф. Лесгафта, СПб. Контакт: shdief@mail.ru

Коротков Н. Г., доктор технических наук, профессор, ведущий научный сотрудник;

Короткова А. К., кандидат психологических наук. СПбНИИФК. Контакт: info@spbniifk.ru

Оринчук В. А., кандидат педагогических наук, доцент. ННГУ. Контакт: orinchuk.sl@yandex.ru

Курникова М. В., кандидат медицинских наук, доцент, и.о. завкафедрой АФК. ННГУ. Контакт: mkurnikova@yandex.ru

Иванов А. В., кандидат педагогических наук, доцент, старший научный сотрудник, руководитель КНГ сборной команды России по хоккею-следж;

Бадрак К. А., кандидат педагогических наук, заведующий сектором. СПбНИИФК. Контакт: info@spbniifk.ru

Каленик Е. Н., кандидат педагогических наук, доцент; **Купцов И. М.**, кандидат педагогических наук, доцент;

Донина С. И., доктор педагогических наук, профессор. Ульяновский государственный университет. Контакт: kente@mail.ru

Руднева Л. В., кандидат педагогических наук, доцент. Тульский государственный педагогический университет им. Л. Н. Толстого. Контакт: lidia.rudneva@mail.ru

Коновалов И. Е., доктор педагогических наук, доцент; **Болтиков Ю. В.**, кандидат педагогических наук,

профессор. Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма, г. Казань. Контакт: andreev2010-62@mail.ru

Андреев В. В., кандидат педагогических наук. Отдел по делам образования Администрации г. Абаза, Республика Хакасия. Контакт: andreev2010-62@mail.ru

Гаврилов Д. Н., кандидат педагогических наук, доцент; **Малнин А. В.**, младший научный сотрудник;

Пухов Д. Н., младший научный сотрудник. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: health@spbniifk.ru

Грецов А. Г., доктор педагогических наук, ведущий научный сотрудник, профессор кафедры современных технологий АФК НГУ имени П.Ф. Лесгафта. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: info@spbniifk.ru

– Последствия допинга (медицинские, социальные, психологические, правовые аспекты).

– Допинг-контроль.

– Допинг как глобальная социальная, психологическая, имиджевая проблема современного спорта.

– Основные направления предотвращения проблемы допинга.

Учет специфики основных целевых аудиторий выражается в следующем.

Юные спортсмены

Специфический запрос этой аудитории связан с тем, что юные спортсмены могут сами оказаться перед этическим выбором о мере допустимости применения запрещенных препаратов и методов ради прогресса в собственной спортивной карьере. Не исключены также ситуации, что кто-то активно склоняет их к подобному решению. Вероятность такого развития событий зависит от соревновательной дисциплины, уровня мастерства и еще ряда нюансов, но для всех спортсменов она не является нулевой, что молодые атлеты прекрасно осознают. (В то же время, подробно обсуждать специфику ситуации с допингом именно в избранном виде спорта в данном контексте целесообразным не считаем, т. к. это легко может быть воспринято как косвенная пропаганда). Эмоциональную окраску приобретают как известные факты, так и домыслы о применении допинга соперниками, особенно если спортсмен объясняет этим собственное поражение.

Кроме того, спортсмены знают, что по мере роста мастерства начнут регулярно подвергаться процедуре допинг-контроля, возможно – с необходимостью оформлять разрешение на терапевтическое использование и т. п., поэтому им важно понимание процессуальных аспектов, знание своих прав и обязанностей, понимание меры личной ответственности, а также юридических аспектов антидопинговой работы. (Для тех, кто сам карьеру в сфере спорта не планирует, подобные сведения мало актуальны).

Поэтому программы для спортсменов характеризуются следующими особенностями:

– Максимально усиленный личностный компонент, связанный с неприятием допинга как нарушения правил честной борьбы.

– Углубленное знакомство с последствиями допинга (с акцентом на тот факт, что эти последствия, и не только медицинские, но и психологические, имеют место даже в тех случаях, когда обман не раскрыт).

– Процессуальные моменты проведения допинг-контроля, права и обязанности спортсмена, санкции в случае выявления нарушений и их влияние на дальнейшую карьеру.

– Анализ мотивов употребления запрещенных препаратов, в т. ч. обсуждение ситуаций, когда это является следствием внешнего давления.

Программа разработана в вариантах, адресованных занимающимся в детско-юношеских спортивных школах и в центрах спортивной подготовки.

Молодежь, не занимающаяся спортом

Этой целевой аудитории проблема допинга знакома, по большей части, благодаря стереотипам, транслируемым в СМИ, и осознается преимущественно через призму «допинговых скандалов». Вероятность того, что проблема окажется значимой в личностном плане и молодой человек встанет перед таким выбором, гораздо меньше, чем применительно к спортсменам (хотя и не исключена – к сожалению, злоупотребление некоторыми допинговыми препаратами давно уже вышло за пределы спорта). Отвечая на вопрос, зачем им осваивать антидопинговую образовательную программу, акцентируем внимание на следующих аспектах:

1. Проблема допинга вышла за рамки собственно спорта и так или иначе проявляется в различных сферах общественной жизни: экономической, политической и т. д. В этом плане ее изучение можно рассматривать как элемент общекультурного развития.

2. Для формирования корректного и заинтересованного отношения к спорту важно понимать реальное состояние ситуации с допингом и отказаться от некоторых шаблонов и стереотипов (особенно от взгляда, что слова «спорт» и «допинг» – едва ли не синонимы).

3. Обсуждение проблемы допинга расширяет возможности решения задачи профилактики зависимого поведения в подростково-молодежной среде (в том числе и такие аспекты, как получившее распространение в некоторых молодежных кругах немедицинское употребление стероидных препаратов, стимуляторов и т. п.).

Соответственно, программы имеют следующую специфику:

- Отражение проблемы допинга в областях общественной жизни, напрямую не связанных со спортом.
- Критический анализ распространенных стереотипов о допинге.
- Критический анализ информации о недавних «допинговых скандалах» (актуальные примеры берутся из недавних новостей, опубликованных в СМИ).
- Усиленное акцентирование внимания на параллелях между проблемами допинга и аддиктивного поведения.

Программа разработана в вариантах, адресованных школьникам и студентам.

Следует также акцентировать внимание на антидопинговом образовании тех студентов, направления подготовки которых напрямую с физической культурой и спортом не связаны, но которые столкнутся с этой проблемой, если будут строить карьеру в данной сфере. Это, в частности, врачи, психологи, юристы, журналисты, работающие в области спорта. Для них, помимо общей информации о допинге, необходимо изучение спецкурсов, раскрывающих специфику проблемы с позиции соответствующих отраслей знания. На сегодня этот аспект разработан слабо и преимущественно только с медицинских позиций. Актуальны дальнейшие разработки в этом направлении, осуществляемые совместно специалистами в области физической культуры и спорта, а также представителями соответствующих областей знания.

Студенты физкультурно-спортивных специальностей, готовящиеся к тренерской деятельности

Именно с данным контингентом проблема допинга должна изучаться наиболее подробно, предусмотрены увеличенные объемы программ и включение дополнительного вариативного блока.

В профессиональном плане тренеру предстоит не только обсуждать со своими подопечными проблему допинга и формировать установку о недопустимости таких нарушений, но и, с большой долей вероятности, оказываться непосредственно вовлеченным в процессуальные аспекты допинг-контроля и в принятие обоснованных решений о допустимости тех или иных форм легальной фармакологической и аппаратной поддержки спортсменов. Для этого тренер должен не только иметь личную установку о недопустимости допинга, но и хорошо разбираться в различных аспектах этой проблемы, владеть базовыми методиками антидопинговой пропаганды, понимать и широко использовать возможности легальных способов поддержки работоспособности спортсменов, следить за новостями в сфере противодействия допингу. Для таких студентов важна не только теоретическая, но и методическая подготовка к антидопинговой работе со спортсменами разных возрастов в будущей профессиональной деятельности.

Многие из этих студентов сами занимаются спортом и подвергаются допинг-контролю; некоторые имеют опыт работы шаперонами или волонтерами, задействованными в антидопинговых процедурах. Не исключено, что проблема касается кого-то из них и напрямую (в нашей преподавательской практике студенты-спортсмены в открытую не признавались в употреблении запрещенных препаратов ни разу, но часто заявляют, что точно знают это про кого-то из друзей и знакомых). Поэтому проблема значима для них не только в профессиональном, но и в личном плане.

– Допинг в контексте более общей проблемы повышения функциональных возможностей организма: граница разрешенного и запрещенного.

– Процессуальные и юридические моменты проведения допинг-контроля, права и обязанности спортсмена и тренера. Возможность применения санкций к тренеру.

– Организации, занимающиеся противодействием допингу, а также нормативно-правовые документы в этой сфере.

– Возрастные (физиологические и психологические) особенности подростков и молодежи в контексте проблемы допинга.

– Допинг и воспитательный потенциал спорта.

– Современные тренды в развитии средств повышения функциональных возможностей спортсмена, не относящихся к запрещенным.

– Основы методики антидопинговой работы. Как обсуждать проблему допинга со спортсменами разного возраста, пола, представителями различных соревновательных дисциплин?

– Методика разработки и использования антидопинговых агитационных материалов.

– Особенности ситуации с допингом в виде спорта, на котором специализируется студент (вариативный блок, частично вынесенный на самостоятельную работу).

Разумеется, антидопинговое образование будущего тренера должно интегрироваться с другими ракурсами профессиональной подготовки. Не будет преувеличением утверждать, что высокий уровень тренерского мастерства в том и проявляется, что он способен создать условия для достижения выдающихся результатов без допинга.

Подходы к разработке антидопинговых образовательных программ для подростков и молодежи

Грецов А. Г., Воробьев С. А.

Окончание, начало на стр. 51

Студенты – будущие педагоги и другие специалисты в области физической культуры и спорта

Следует исходить из того, что такие специалисты с наибольшей долей вероятности будут заниматься не с профессиональными спортсменами, а с обычной молодежью, чей интерес к спорту ограничен сугубо любительскими клубами, секциями, а то и исключительно уроками физической культуры. В деятельности этих специалистов вероятность того, что они будут непосредственно задействованы в процедурах допинг-контроля или в принятии решения о том, попадает ли то или иное средство в разряд запрещенных, невелика, подробно рассматривать такие вопросы нецелесообразно. Следует более широко показать значимость проблемы в социальном и общекультурном контексте, а также подготовить к ведению бесед о допинге среди подростков и молодежи, не относящихся к спортсменам. В программе для них углубленно рассматриваются следующие вопросы

- Общемировые тренды в борьбе с допингом: история и современность.
- Проблема допинга в свете разных наук: теории и методики физического воспитания, физиологии, медицины, обществознания.
- Основы методики антидопинговой работы. Как обсуждать проблему допинга (и, шире, зависимого поведения) с подростками и молодежью?
- Учет возрастных и индивидуально-психологических особенностей в антидопинговой профилактической работе.

Изложенные подходы использованы нами при участии в разработке комплекса образовательных антидопинговых программ [2], в настоящее время внедряемых в различных типах образовательных организаций и организаций, осуществляющих спортивную подготовку.

Литература

1. Антидопинговое пособие ВАДА, 2015. [Электронный ресурс] Режим доступа: http://sport.urfu.ru/fileadmin/user_upload/common_files/sport/docs/pages/Anti-Doping_Textbook_-_Russian_-_2015.pdf (Дата обращения 10.09.2017)
2. Образовательные антидопинговые программы, разработанные для различных типов образовательных организаций и организаций, осуществляющих спортивную подготовку. – М.: Министерство спорта РФ, 2017 [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.minsport.gov.ru/sport/antidoping> (Дата обращения 10.09.2017)

**Адаптивная
Физическая
культура**

Ежеквартальный журнал

Для писем:
НГУ им. П. Ф. Лесгафта
(для журнала «АФК»)
ул. Декабристов, 35
Санкт-Петербург,
190121, Россия

Главный редактор
С.П. Евсеев
член-корреспондент РАО,
доктор
педагогических наук,
профессор,
заведующий кафедрой
«Теории и методики
адаптивной физической
культуры»
НГУ им. П. Ф. Лесгафта
(учредитель)

Отпечатано в типографии
«Галей Принт».
Тираж 700 экз.