

ISSN 1998-149X

АФК № 1 (45), 2011

Адаптивная физическая культура

АДАПТИВНОЕ
ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ
АДАПТИВНЫЙ СПОРТ
АДАПТИВНАЯ
ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕКРЕАЦИЯ
ФИЗИЧЕСКАЯ
РЕАБИЛИТАЦИЯ
ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ
ДВИГАТЕЛЬНАЯ
АКТИВНОСТЬ
КРЕАТИВНАЯ
ТЕЛЕСНООРИЕНТИРОВАННАЯ
ПРАКТИКА



Special Olympics

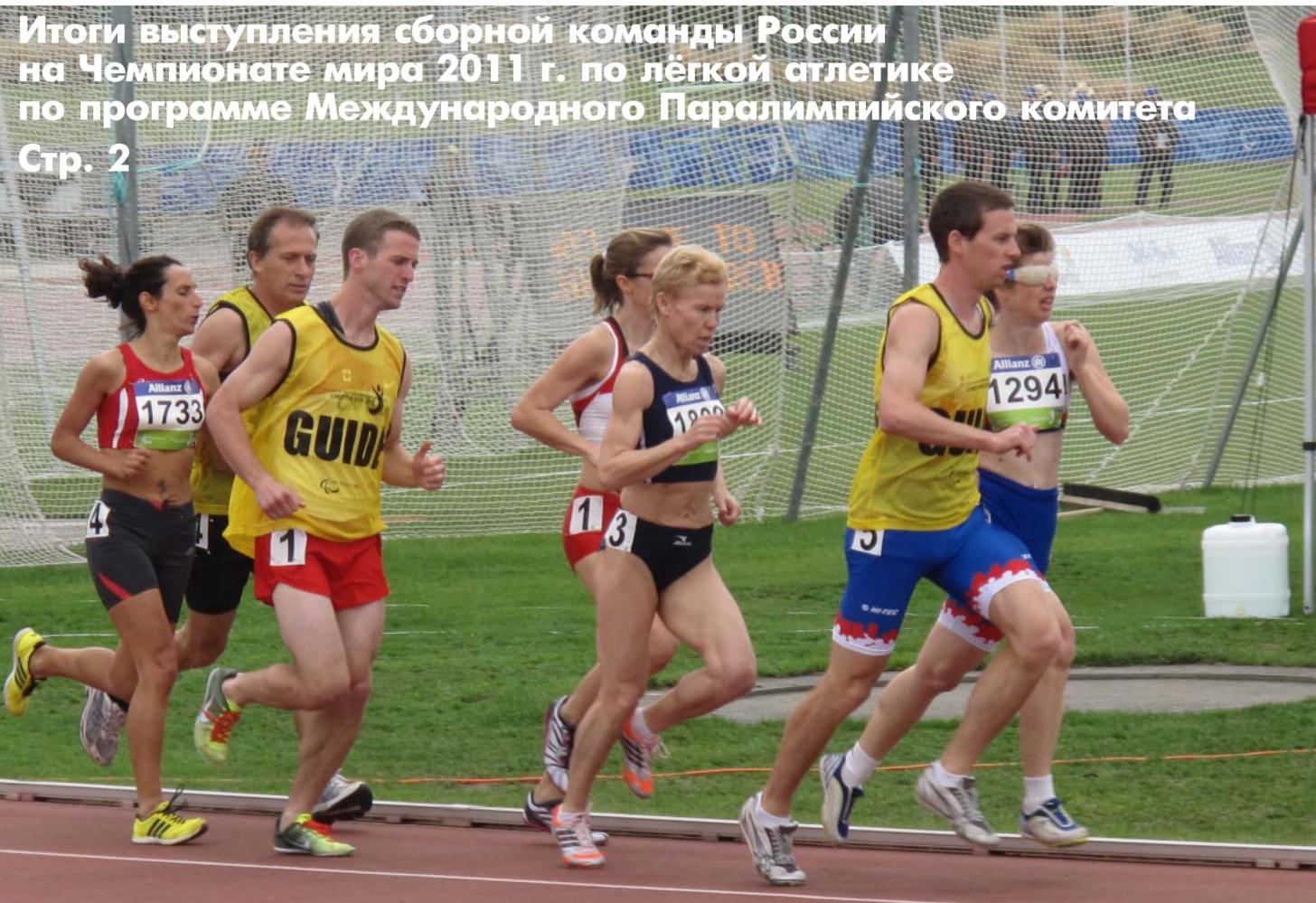
За 20 лет своего существования Специальному Олимпийскому комитету Санкт-Петербурга проведено около 2 500 мероприятий, в которых принимали участие почти полмиллиона человек. В более чем 750 спортивных мероприятиях состязались почти 80 тысяч спортсменов, более 300 из которых стали участниками Всемирных Специальных Олимпийских игр, и завоевали 388 медалей (205 золотых, 129 серебряных, 54 бронзовых).

**Специальному Олимпийскому
комитету Санкт-Петербурга –
20 лет**



**Итоги выступления сборной команды России
на Чемпионате мира 2011 г. по лёгкой атлетике
по программе Международного Паралимпийского комитета**

Стр. 2



№1 (45), 2011

Зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций
Регистрационный номер:
ПИ №77-3444 от 10 мая 2000 г.

Территория распространения:
Российская Федерация,
страны СНГ

Издатели:

Санкт-Петербургский
научно-исследовательский институт
физической культуры

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

Международный Университет
семьи и ребёнка им. Рауля Валленберга
Специальный Олимпийский комитет
Санкт-Петербурга

Главный редактор

Евсеев С. П.

Зам. главного редактора

Курдыбайло С. Ф.

Редколлегия:

Баряева Л. Б.
Горелов А. А.
Гутников С. В.
Гутникова Т. А.
Евсеева О. Э.
Курамшин Ю. Ф.
Литош Н. Л.
Лопатина Л. В.
Луценко С. А.
Мосунов Д. Ф.
Назарова Н. М.
Николаев Ю. М.
Пельменев В. К.
Пономарев Г. Н.
Потапчук А. А.
Ростомашвили Л. Н.
Рубцова Н. О.
Солодков А. С.
Филиппов С. С.
Хохлов И. Н.
Хуббиев Ш. З.
Царик А. В.
Шелков О. М.

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. 03. 2011

Содержание

События, факты

Шелков О. М., Ворошин И. Н., Шевцов А. В., Буйлов П. З., Костюченко О. М. Итоги выступления сборной команды России на Чемпионате мира 2011 г. по лёгкой атлетике по программе Международного Паралимпийского комитета	2 и 2 стр. обложки
Новые публикации	25
Поздравляем с юбилеем! С. В. Гутникову – 50 лет	48
20 лет Специальному Олимпийскому комитету Санкт-Петербурга	3, 4-я стр. обложки

Научные исследования

Антипов В. А., Евсеев С. П., Антипова Е. В. Первичная профилактика наркомании и допинга в спорте на основе экспертных систем социальной адаптации юных спортсменов	4
Даянова А. Р. Исследование функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы у фехтовальщиков с травматической болезнью спинного мозга на спортивно-оздоровительном этапе	12
Налобина А. Н., Стоцкая Е. С. Современные аспекты адаптивного физического воспитания детей трудного возраста, имеющих отклонения в психомоторном развитии	15
Волосникова Т. В., Потапчук А. А. Профилактика и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата детей в условиях дошкольного учреждения	23
Литош Н. Л., Парыгин Е. П. Возрастные закономерности развития двигательных способностей юношей 11-16 лет с нарушением интеллекта	26
Харченко Л. В., Андреев В. В. Мониторинг состояния здоровья школьников с депривацией зрения	32
Ворошин И. Н., Донец А. В., Ашапатов А. В. Техника толкания ядра атлетами-паралимпийцами с поражением опорно-двигательного аппаратса с метательного станка без использования опорного шеста	37
Шелков О. М., Дроздовский А. К., Гримова И. А., Гладышев А. И., Голуб Я. В. Опыт психологической подготовки паралимпийцев к Банкуверу	41
Барченко С. А., Пономарев Г. Н., Иванов А. В., Красноперова Т. В. Оценка результатов физической подготовленности у паралимпийцев с сенсорно-двигательными нарушениями сборной команды России по дзюдо	46

Образование

Гудков Ю. Э. Обсуждение эффективности процесса физического воспитания младших школьников с отклонениями в поведении в условиях формирующей физкультурно-оздоровительной среды общеобразовательного учреждения школа-интернат	20
---	----

История

Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга в истории международного Специального Олимпийского движения	3, 4-я стр. обложки
---	---------------------

Белкина Е. Б., Овсянникова К. А. 65 лет успешного развития паралимпийского фехтования (фехтования на колясках) в мире	9
--	---

Ростомашвили Л. Н. Исторические аспекты специального образования слепоглухих детей	52
---	----

Наш опыт

Махов А. С. Клубная система адаптивного спорта – база для подготовки волонтёров	29
--	----

Курысь В. Н., Мисюков В. В. Организация деятельности сектора кинезитерапии в лечебном учреждении	34
---	----

Крутикова И. С. Практика рекреационных занятий для младших школьников с нарушением интеллектуального развития	43
---	----

Кузьменко Н. Берхом из «Солнечного острова» в солнечную Грецию	49
---	----

Итоги выступления сборной команды России на Чемпионате мира 2011 г. по лёгкой атлетике по программе Международного Паралимпийского комитета



Шелков О. М., кандидат педагогических наук, доцент, директор ФГУ СПбНИФК,

Ворошин И. Н., кандидат педагогических наук, доцент, руководитель комплексных научных групп паралимпийских сборных команд России по лёгкой атлетике,

Шевцов А. В., кандидат биологических наук, доцент.

ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры».

Буйлов П. З., заслуженный тренер России, старший тренер паралимпийской сборной команды России по лёгкой атлетике с нарушением зрения,

Костюченко О. М., заслуженный тренер России, старший тренер паралимпийской сборной команды России по лёгкой атлетике с поражением ОДА.

Паралимпийский комитет России

Ключевые слова: лёгкая атлетика, атлеты-паралимпийцы с нарушением зрения, атлеты-паралимпийцы с поражением ОДА, анализ выступления, IPC Чемпионат мира по лёгкой атлетике 2011.

Аннотация. В январе 2011 г. в Новозеландском Крайстчерче прошёл IPC Чемпионат мира по лёгкой атлетике. В статье приводится анализ выступления сборной команды России на данном соревновании.

Контакт: SergeiKorablev@gmail.com

Future perspectives of paralympic track&field athletics (following the results of Russian national team on IPC World Championship 2011)

Shelkov O. M., PhD, Assistant Professor, director of institute, Voroshin I. N., PhD, Assistant Professor, the head of complex scientific group Paralympic national team of Russia on track and field athletics,

Shevtsov A. V., PhD, Assistant Professor, the senior lecturer, head of department «Theories and techniques of adaptive physical training and sports». Saint Petersburg Research Institute of Physical Culture.

Bujlov P. Z., head coach of Russia paralympic national team on track and field athletics (visually impaired athletes), Kostjuchenko O.M., head coach of Russia paralympic national team on track and field athletics (athletes with musculoskeletal disorders). Russian Paralympic Committee

Keywords: track&field athletics, visually impaired paralympic athletes, paralympic athletes with musculoskeletal disorders, performance analysis, IPC World Championship on track&field athletics 2011.

Abstract. January 2011 in New Zealand's Christchurch was IPC track and field athletics World championship. In article shown the analysis of national team of Russia performance on this event.

Паралимпийская лёгкая атлетика является одним из медалёмких, массовых, а также общедоступных видов спорта инвалидов. Из-за большого количества спортивно-медицинских классов, учитывающих различные нозологические особенности спортсменов-инвалидов, про легкую атлетику можно сказать, что это наиболее адаптированный паралимпийский вид в адаптивном спорте.

С 21 по 30 января 2011 г. в новозеландском Крайстчерче прошёл Чемпионат мира по лёгкой атлетике по программе Международного Паралимпийского комитета. Чемпионат можно рассматривать как генеральную репетицию основного старта четырёхлетия для спортсменов с инвалидностью – Паралимпийских игр 2012 в Лондоне. Практически все ведущие спортивные державы, включая Россию, делегировали своих сильнейших атлетов на этот спортивный форум. О грандиозности прошедшего чемпионата говорят цифры: количество участников – более 1000 из 79 стран; разыграно 202 комплекта наград; медали завоевали спортсмены из 54 стран.

В состав сборной команды Российской Федерации вошли 53 спортсмена – 32 атлета с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА), 16 с нарушением зрения (НЗ) и 5 с нарушением интеллекта (НИ). В неофициальном командном зачете впервые в истории на Чемпионате мира по лёгкой атлетике среди инвалидов сборная команда России заняла второе место, завоевав 35 медалей – 18 золотых, 11 серебряных и 6 бронзовых. Для сравнения, на предыдущем Чемпионате мира в голландском Ассене (2006 г.) россияне были лишь двадцать вторыми, завоевав 20 медалей, из которых 3 золотых, 9 серебреных и 8 бронзовых (атлетами с ПОДА завоёвано 11 медалей – 2, 3 и 6 – золотые, серебряные и бронзовые, соответственно; атлетами с НЗ завоёвано 9 медалей – 1, 6 и 2).

В грандиозный успех команды нашей страны значительный вклад внесли атлеты с ПОДА, завоевавшие 23 медали – 12 золотых (8% от 146-ти разыгрываемых атлетами с ПОДА), 8 серебряных, 3 бронзовых. Атлеты с ПОДА сборной России выполнили 68 человеко-видов в 50 дисциплинах (35% от общего количества). Российским спортсменам было установлено 3 высших мировых достижения (все атлетами с ПОДА): Алексей Ашапатов (F58) толкнул ядро на 16,37 м и метнул диск на 57,64 м; Алексей Кузнецов (F54) метнул копьё на 29,44 м. Одной сотой секунды для повторения мирового рекорда не хватило Капранову Роману (T37) в беге на 400 м.

Больше всего золотых медалей (по две) среди атлетов с ПОДА в российской сборной завоевали:

Ашапатов Алексей (F58) – толкание ядра, метание диска;

Арефьев Артем (T36) – бег на 800 и 1500 м;

Иванова Елена (T36) – бег на 100 и 200 м. Она же стала серебряным призёром в составе эстафетного бега 4x100 м.

По одной золотой медали среди атлетов с ПОДА в нашей сборной завоевали:

Капранов Роман (T37) – бег на 400 м;

Кузнецов Алексей (F54) – метание копья;

Нарожный Максим (F42) – толкание ядра;

Свиридов Владимир (F36) – прыжок в длину;

Коптилова Маргарита (T38) – бег на 200 м;

Родомакина Николь (F46) – прыжок в длину.

Серебряные медали среди атлетов с ПОДА в нашей сборной завоевали:

Жирнов Андрей (T36) – бег на 400 м;

Свиридов Владимир (F36) – толкание ядра;

Гудкова Наталья (F46) – метание копья

Коптилова Маргарита (T38) – бег на 100 м;

Родомакина Николь (T46) – бег на 100 и 200 м;

Сергеева Светлана (T37) – бег на 200 м;

Овсянникова Анастасия (T37) Сергеева Светлана (T37), Иванова Елена (T36), Коптилова Маргарита (T38) – эстафета 4x100м (35-38 кл)

Бронзовыми медалистами с ПОДА в нашей сборной стали:

Отлейкин Иван (T35) – бег на 200 м;

Овсянникова Анастасия (T37) – бег на 400 м;

Сахибзадаева Айгюль (T36) – бег на 100 м.

Сборная России не смогла бы подняться в неофициальном командном зачёте так высоко, если так здорово не выступили атлеты с нарушением зрения – 16 спортсменов выиграли 11 медалей, 6 из которых золотые (12% от разыгрываемых атлетами с НЗ), 3 серебряные, 2 бронзовые. Всего спортсменами с НЗ на Чемпионате мира был разыгран 51 из 202 комплектов наград (25%). Наши паралимпийцы с НЗ выполнили 24 человеко-вида, выступив в 22 дисциплинах (43% от общего количества).

Настоящим героем чемпионата стал наш атлет с нарушением зрения Алексей Лабзин (T13), завоевавший 3 золотые медали: в беге на 100, 200 и в эстафете 4x100 м.

По одной золотой медали среди атлетов с НЗ в сборной России выиграли:

Андрющенко Владимир (F12) – толкание ядра;

Зверев Александр (T13) – бег на 400 м;

Паутова Елена (T12) – бег на 1500 м;

Триколич Федор (T12), Логинов Артем (T12), Коптев Андрей (T11) – эстафета 4x100 м (11-13 кл).

Серебряными медалистами среди атлетов с НЗ в нашей команде стали:

Андрющенко Владимир (F12) – метание диска; Коптев Андрей (T12, F11) – бег на 100 м, тройной прыжок.

Бронзовыми медалистами среди атлетов с НЗ в нашей команде стали: Баталова Рима (T12) бег на 1500 м; Прокофьева Марта (F12) толкание ядра.

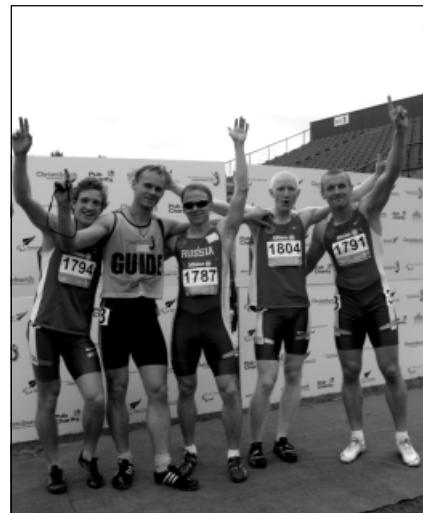
Необходимо отметить выступления Российских спортсменов с нарушением интеллекта. Среди спортсменов 20 спортивно-медицинского класса на данном Чемпионате мира было разыграно 5 комплектов медалей. В нашей команде бронзовую медаль в прыжках в длину выиграла Жукова Ксения.

Выступление сборной команды России на Чемпионате мира 2011 г. по лёгкой атлетике по программе Международного Паралимпийского комитета необходимо признать сверх успешным. Основными предпосылками столь высокого результата на наш взгляд явились:

- качественная организация учебно-тренировочного процесса в подготовительный период, в том числе достаточное количество учебно-тренировочных сборов – по 4, включая акклиматационный сбор непосредственно перед ЧМ и наличие подводящих стартов. Отдельно выделяется качественная организация национального чемпионата среди лиц с ПОДА с приглашением официального представителя Международного Паралимпийского комитета;

- оптимальное качественное соотношение опытных спортсменов и талантливой молодёжи;

- наличие высококлассных специалистов, работающих с командой.



В преддверии международного спортивного форума комплексной научной группой, представляющей Санкт-Петербургский НИИ физической культуры, на основании анализа данных о соревновательной и учебно-тренировочной деятельности наших спортсменов в 2010 г. был сделан прогностический анализ выступления атлетов паралимпийской сборной команды России. Прогнозировалось завоевание 12–14 золотых медалей, при этом 33–37 медалей всех достоинств. 86% прогнозов совпали. Негативно на точность прогноза повлияло отсутствие возможности мониторинга выступления атлетов на подводящих стартах и подготовке в ходе предсоревновательного сбора перед ответственным стартом.

Из недостатков выступления сборной России на Чемпионате мира 2011 г. по лёгкой атлетике в Новой Зеландии необходимо выделить:

1. неучастие атлетов нашей сборной в большом количестве видов. Такая ситуация сложилась из-за отсутствия в команде конкурентоспособных атлетов (мужчин, женщин) гонщиков-колясочников (ПОДА). В данной категории спортсменов разыгрывалось 40 комплектов медалей. Отсутствие в команде конкурентоспособных метательниц (женщин) F31-38 и F51-58 спортивно-медицинских классов (ПОДА). Среди них разыгрывалось 18 комплектов медалей. Не участие спортсменок с нарушением зрения (классы T11-13) в спринтерских дисциплинах – 11 видов;

2. отсутствие комплексного научного обеспечения на международных ответственных, подводящих и квалификационных соревнованиях (кроме Чемпионатов России). Группы КНГ на разных этапах (месяциклах) подготовки осуществляют не только мониторинг, но и коррекцию сторон подготовки атлетов-паралимпийцев, а также психологическую коррекцию, однако не имеют возможности работать на важнейших этапах подготовки – предсоревновательном и соревновательном;

3. практически полное отсутствие информации о выступлении команды на Чемпионате мира в СМИ – отсутствие Р. Р. Так, не один из центральных каналов телевидения не сделал ни одного репортажа и ни одного новостного сообщения.

После успешного выступления сборной команды России по лёгкой атлетике на Чемпионате мира 2011 г. по программе Международного Паралимпийского комитета необходимо понимать, что на Паралимпийских играх 2012 г. в Лондоне будут разыграны 166 комплектов наград (на ЧМ 2011 их разыграно 202), при этом отбор видов продолжается и, возможно, данный процесс будет проведён вопреки интересам российской команды. Сейчас наши спортсмены уже приступили к планомерной подготовке к будущим Паралимпийским играм и специалисты, связанные с данным процессом, сделают всё возможное для выведения атлетов на пик формы к самым ответственным стартам четырёхлетия, что является основной предпосылкой успешного выступления.

Первичная профилактика наркомании и допинга в спорте на основе экспертических систем социальной адаптации юных спортсменов

Антипов В. А., аспирант, Санкт-Петербургский университет МВД России, ФГУ СПБНИИФК.

Евсеев С. П., доктор педагогических наук, профессор. Департамент науки, инновационной политики и образования Министерства спорта, туризма и молодежной политики Российской Федерации.

Антипова Е. В., кандидат педагогических наук, доцент. ФГУ СПБНИИФК

Ключевые слова: наркотизм, первичная профилактика наркомании, допинг, инновационные технологии, экспертные системы, экспертные системы социальной адаптации, база данных, база знаний.

Аннотация. В статье рассматривается проблема первичной профилактики наркомании и допинга среди юных спортсменов на основе инновационных технологий с применением экспертических систем социальной адаптации.

Контакт: elena_antipova@rambler.ru

Primary preventive maintenance of a narcotism and dope in sports on the basis of expert systems of social adaptation of young sportmen

Antipov V. A., postgraduate student, St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia, St. Petersburg Research Institute of Physical Culture.

Dr. Evseev S. P., Professor, Department of a science, the innovative policy and formation of the Ministry of sports, tourism and the youth policy of the Russian Federation.

Antipova E. V., PhD, Assistant Professor. St. Petersburg Research Institute of Physical Culture.

Keywords: primary preventive maintenance of a narcotism, a dope, innovative technologies, expert systems, expert systems of social adaptation, a database, the knowledge base.

Abstract. In article the problem of primary preventive maintenance of a narcotism of application of a dope among young sportmen on the basis of innovative technologies with application of expert systems of social adaptation is considered.

Введение

Социальная значимость проблемы борьбы с наркоманией заключается в том, что употребление наркотиков

(в международной терминологии психоактивных веществ – ПАВ) приводит к опаснейшим соматическим и социальным заболеваниям – нарко-

мании и токсикомании. Наркотики оказывают губительное воздействие на организм человека, изменяя его психоэмоциональную сферу; ухудша-

ют состояние функциональных систем организма, снижают уровень общей физической работоспособности. Наркомания зачастую влечет за собой криминальное поведение индивидуума и криминализацию общества в целом, раннюю инвализацию и смертность в молодом, наиболее работоспособном и репродуктивном, возрасте, способствует распространению эпидемий вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекций. Наркомания представляет одну из наиболее серьезных угроз национальной безопасности страны, ухудшая генофонд нации, нанося непоправимый вред нравственному и физическому здоровью населения. По оценке экспертов, каждый наркоман вовлекает в употребление наркотиков 13-15 чел. Из числа наркоманов, как свидетельствует статистика, почти 20% – школьники; отмечены случаи первичного употребления наркотиков детьми 9-13 лет и даже 6-7 лет [1,2].

Развитие заболевания наркотической зависимости проходит несколько этапов, первым из которых является период формирования аддиктивного поведения, проявляющегося в злоупотреблении различными веществами, изменяющими психическое состояние индивидуума, но до периода физической зависимости от них [3].

Понятия «некротизм» и «наркомания» имеют один корень, но не являются синонимами. Если наркомания представляет собой заболевание, вызванное систематическим употреблением наркотических веществ и проявляющееся в психофизической зависимости от них, то наркотизм – социальное явление, выраждающееся в наличии статистически устойчивого употребления частью популяции наркотических (токсикоманических, психотропных) средств. Наркотизм опасен для общества серьезными социальными последствиями. Таким образом, обществу предстоит бороться и с наркотизмом, как негативным социальным явлением, и с наркоманией, как болезнью.

Проблема допинга в спорте стоит не менее остро, чем проблема наркотизации общества. Всемирный антидопинговый кодекс (на сайте РУСАДА – www.rusada.ru – опубликована русская версия Кодекса) содержит

определение допинга: допинг – это совершение одного или нескольких нарушений антидопинговых правил (правила приведены в статьях 2.1-2.8 Всемирного антидопингового кодекса). Допинг ставит в неравные условия соревнующихся, подрывает олимпийские идеалы, саму сущность соревновательной деятельности. Ответственность за применение препаратов, которые принимаются спортсменом с целью стимулирования его психофизических кондиций исключительно для достижения наиболее высокого спортивного результата, на законодательном уровне должна быть приравнена к ответственности за употребление, хранение и незаконный оборот наркотических средств. В этом случае проблема применения ПАВ в спорте будет решаться однозначно.

Борьба с допингом в спорте предполагает: совершенствование законодательной базы по запрету допинга в спорте, как на международном, так и на государственном уровнях; профилактические меры – формирование у спортсменов, тренеров, специалистов по спорту и населения в целом отрицательного отношения к допингу, утверждение в сознании индивидуума и общества олимпийских идеалов, принципов справедливой игры – «Фэйр Плэй».

Профилактика наркомании определяется как совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения наркомании [4].

В научной литературе встречается несколько другая дефиниция профилактики наркомании, в которой акцент делается не на совокупность мероприятий, а на деятельность различных субъектов. В частности, профилактика наркомании представляет собой деятельность государственных органов, религиозных конфессий, общественных организаций, бизнес-структур, родителей и граждан, направленную на недопущение первой пробы наркотиков; на ранние выявление лиц с опытом потребления наркотиков и удержание их от формиро-

вания наркозависимости; на поддержку лиц с диагнозом «наркомания» в устойчивой ремиссии.

В случае с **профилактикой допинга в спорте** меры должны быть направлены:

- на недопущение первой пробы запрещенных препаратов в условиях спортивных соревнований и подготовки к ним;
- на разъяснение последствий нарушения спортсменом антидопинговых правил, в том числе применения препаратов, которые принимаются спортсменом с целью стимулирования его психофизических кондиций исключительно для достижения наиболее высокого спортивного результата;
- на формирование устойчивых ценностных ориентаций к идеалам олимпизма, принципа справедливой игры – «Фэйр Плэй».

Целью Стратегии развития физической культуры и спорта до 2020 года является [5]: обеспечение профилактики негативных социальных проявлений; формирование здорового образа жизни и потребностей у населения к регулярным занятиям спортом; повышение эффективности использования возможностей физической культуры и спорта в укреплении здоровья и воспитании подрастающего поколения.

Особое внимание уделяется вовлечению в систематические занятия физическими упражнениями и спортом детей и молодежи.

Основные направления государственной политики в области борьбы с наркотизмом включают [6]:

- совершенствование образовательных программ первичной профилактики наркомании на основе использования средств физической культуры и спорта в рамках основного (базового) и дополнительного физкультурного образования школьников;
- разработку новых организационно-управленческих решений, направленных на создание эффективной системы физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы с детьми и подростками школьного возраста, формирования здорового образа жизни подрастающего поколения;
- использование в процессе первичной профилактики наркомании

современных инновационных технологий.

Направления государственной антидопинговой политики предусматривают:

- совершенствование нормативно-правовой антидопинговой базы;
- создание современной материально-технической базы и кадровое обеспечение антидопинговых центров;
- допинговый контроль и антидопинговое обеспечение спортсменов сборных команд России;
- расширение представительства России в международных антидопинговых организациях;
- осуществление совместных антидопинговых мероприятий с российскими спортивными организациями;
- пропаганду борьбы с допингом в спорте;
- информационно-аналитическое обеспечение: создание базы данных по антидопинговому обеспечению в Российской Федерации;
- образовательные антидопинговые программы для студентов профильных вузов, спортсменов, специалистов и родителей юных спортсменов;
- научно-исследовательскую деятельность – проведение антидопинговых научных исследований.

В последние годы в педагогике стали применяться электронные информационные технологии, в частности – экспертные системы, обеспечивающие повышение качества образовательного процесса.

Под экспертными системами (ЭС) понимаются программные комплексы, в которых в формализованном виде аккумулируются знания высококвалифицированных специалистов в конкретных предметных областях – экспертов. Эти знания используются для разработки управленческих решений. ЭС позволяют пользователям экспертных систем применять накопленные знания экспертов в практике повседневной работы. ЭС относятся к системам искусственного интеллекта [7].

Дефиниция ЭС в области борьбы с наркотизмом, вредными привычками и нарушением антидопинговых правил может быть сформулирована следующим образом. Экспертные системы в области первичной профилак-

тики и борьбы с допингом в спорте – это программно-технические средства, концентрирующие опыт и знания специалистов в предметной области и позволяющие пользователю в диалоговом режиме получать электронную адресную консультативную помощь в вопросах профилактики наркомании средствами физической культуры и спорта, а также профилактики нарушений антидопинговых правил.

Экспертные системы обеспечивают сочетание знаний, опыта, навыков и интуиции квалифицированных специалистов. Применение ЭС целесообразно:

- в процессе обучения, учитывая индивидуальную подготовленность и особенности обучаемого;
- при проведении диагностики, прогнозирования качества усвоения предметной информации и формировании изменений в последовательности предоставления учебного материала;
- для поддержания профессионального уровня обучаемого в данной предметной области.

Экспертным системам может отводиться особая роль при формировании содержания образования в первичной профилактике наркомании, вредных привычек и нарушений антидопинговых правил среди юных спортсменов. Так, экспертные системы могут использоваться в целях:

- определения содержания образовательного процесса;
- формирования регионального базисного учебного плана первичной профилактики наркомании, вредных привычек и нарушений антидопинговых правил.
- формирования учебного плана первичной профилактики наркомании, вредных привычек и нарушений антидопинговых правил в рамках учебно-тренировочного процесса, проводимого учреждениями дополнительного физкультурного образования;
- построения системы занятий и отдельно взятого занятия;
- проведения педагогического прогнозирования, оценки и мониторинга условий образовательной среды;
- осуществления педагогического и психологического мониторинга поведения и психофизического состояния юных спортсменов, уровня их

физического развития и спортивной подготовленности;

– дифференцированного подхода к юным спортсменам в процессе проведения профилактических мероприятий.

С помощью экспертной системы технология учебного планирования позволяет обеспечить стратегию профилактических мер с учётом оптимального объема учебной информации на основе дифференцированного подхода к реальным возможностям и склонностям юных спортсменов.

Обобщенная структура ЭС содержит следующие компоненты [8]:

- интерфейс пользователя; базу данных (формируемую пользователем);
- базу знаний (которая аккумулирует совокупность знаний высококвалифицированных специалистов);
- алгоритм обработки эмпирических данных;
- интеллектуальный редактор базы знаний.

Применение в профилактической работе с юными спортсменами экспертных систем предусматривает не только накопление и передачу знаний, но и решение воспитательных и адаптационных задач. Следовательно, экспертные системы могут в конкретном случае называться экспертными системами социальной адаптации юных спортсменов.

Необходимо уточнить, что под социальной адаптацией в психологии понимается процесс интеграции человека в общество, в результате которого достигается формирование самосознания и ролевого поведения, способности к самоконтролю и самообслуживанию, адекватных связей с окружающими [9].

Социальная адаптация является одной из сторон социализации. Слово «адаптация» происходит от латинского *adapto* – приспособляю. Таким образом, социальная адаптация – это процесс приспособления человека к меняющейся социальной среде с помощью различных социальных средств [10].

Экспертные системы социальной адаптации юных спортсменов должны быть адресными, т. е. предназначены для различных категорий пользователей: юных спортсменов,

их родителей, тренеров, управленческих работников, педагогов общеобразовательных школ и др.

В процессе настоящего исследования было проведено изучение целесообразности применения экспериментальных систем в практике первичной профилактики наркомании с использованием средств физической культуры и спорта среди подрастающего поколения россиян. Антодопинговые образовательные программы в системе дополнительного физкультурного образования детей школьного возраста начали внедряться в практику относительно недавно. В частности, экспериментальная программа для юных спортсменов 16-18 лет разработана К. А. Бадраком [11].

В результате анализа социально-педагогической и юридической литературы, обобщения практики проведения антидопинговых мероприятий и опыта работы педагогов, реализующих программы по первичной профилактике наркомании среди детей школьного возраста, в том числе юных спортсменов, было выявлено **противоречие** между острой социальной потребностью формирования здорового образа жизни подрастающего поколения россиян и несовершенством педагогического процесса формирования у учащихся отрицательного отношения к наркотикам и ценностных ориентаций к идеалам олимпизма, принципам справедливой игры («Фэйр Плэй»).

Результатом данного противоречия является: отсутствие у подростков внутреннего убеждения о чести и достоинстве спортсмена, о недопустимости нарушения антидопинговых правил; недостаточная сформированность ценностных ориентаций к здоровому образу жизни, отсутствие резко отрицательного отношения к наркотическим веществам и другим запрещённым препаратам, что, в свою очередь, оказывается на состоянии здоровья юных спортсменов, их фактических спортивных достижениях и, в конечном счете, – на отношении к допингу, что может привести в дальнейшем к осознанному нарушению атлетами антидопинговых правил.

Проблемная ситуация обусловила формулировку научной гипотезы

и выбор объекта исследования.

Гипотеза. Предполагалось, что применение новейших информационных технологий, а именно экспериментных систем социальной адаптации, с учетом организационно-педагогических факторов в процессе дополнительного физкультурного образования детей школьного возраста, позволит повысить эффективность первичной профилактики наркомании и допинга среди юных спортсменов.

Объект исследования – процесс первичной профилактики наркомании и допинга в системе дополнительного физкультурного образования детей школьного возраста с целью формирования здорового образа жизни подрастающего поколения России, устойчивых ценностных ориентаций юных спортсменов к идеалам олимпизма и принципам справедливой игры «Фэйр Плэй»; борьбы с наркотизацией общества.

Предмет исследования – механизм повышения эффективности первичной профилактики наркомании и допинга в спорте на основе создания организационно-педагогических условий применения экспериментных систем социальной адаптации юных спортсменов в процессе дополнительного физкультурного образования.

Цель исследования – поиск путей совершенствования организации и повышения качества педагогического процесса в первичной профилактике наркомании и допинга среди юных спортсменов, на основе применения новейших информационных технологий.

Задачи исследования:

1. Выявить организационно-педагогические условия использования экспериментных систем социальной адаптации в формировании здорового образа жизни и негативного отношения к наркотикам, другим вредным привычкам и допингу среди юных спортсменов.

2. Определить направления реализации экспериментных систем социальной адаптации в первичной профилактике наркомании, вредных привычек и допинга в системе дополнительного физкультурного образования детей и подростков.

Методы исследования: теоретический анализ и обобщение литературных источников; использование интернет-технологий; системный анализ.

Организация исследования. Исследование по применению экспериментальных систем социальной адаптации юных спортсменов проводилось на базе ФГУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры». В процессе этапного исследования методом теоретического анализа и обобщения литературных источников было проведено изучение экспериментальных систем, применяющихся в педагогической деятельности. Путем системного анализа были выявлены социально-педагогические факторы, что позволило определить направления реализации экспериментальных систем в первичной профилактике наркомании и допинга в спорте среди подрастающего поколения россиян.

Результаты исследования

На основании системного анализа были определены две группы объективных и субъективных социально-педагогических факторов, оказывающих влияние на реализацию экспериментных систем в первичной профилактике наркомании и допинга в спорте среди юных спортсменов.

Группу объективных факторов составили экономические и организационно-педагогические.

Экономические факторы:

- финансирование создания экспериментных систем первичной профилактики наркомании и допинга в спорте среди юных спортсменов;

- финансовое обеспечение деятельности организаций по подготовке экспертов для системы первичной профилактики наркомании, допинга в спорте и проведения экспертизы;

- стимулирование труда тренеров, использующих в работе экспертные системы социальной адаптации юных спортсменов (первичной профилактики наркомании и допинга в спорте); экспертивные обучающие системы, создание баз данных/знаний и др.;

Организационно-педагогические факторы:

- состояние материально-технической базы для создания экспертных систем социальной адаптации юных

спортсменов;

- современное материально-техническое оснащение центров подготовки экспертов для первичной профилактики наркомании и допинга в спорте в системе дополнительного физкультурного образования;

- обеспечение системы дополнительного физкультурного образования квалифицированными кадрами, владеющими информационно-аналитическими технологиями и имеющими необходимый уровень компьютерной грамотности;

- обеспечение центров подготовки экспертов квалифицированными специалистами, имеющими знания в области физической культуры и детско-юношеского спорта;

- наличие системы аттестации педагогических работников, реализующих программы первичной профилактики наркомании и допинга в спорте среди юных спортсменов;

- научно-методическое обеспечение первичной профилактики наркомании и допинга в спорте в системе дополнительного физкультурного образования детей школьного возраста;

- научное сопровождение центров подготовки экспертов первичной профилактики наркомании и допинга в спорте в рамках дополнительного физкультурного образования.

Группу субъективных факторов составили социально-культурные и демографические факторы.

Социально-культурные факторы:

- необходимость применения экспертных систем социальной адаптации юных спортсменов, обусловленная современными требованиями;
- личные интересы тренера в применении экспертных систем;
- отношение тренера к инновационным технологиям.

Демографические факторы:

- возраст тренера;
- тренерская категория;
- образование;
- уровень компьютерной грамотности.

Одним из перспективных направлений совершенствования системы первичной профилактики наркомании, других вредных привычек и допинга в спорте среди юных спортсменов является разработка и использование экспертных систем для повыше-

ния эффективности планирования, программирования и управления учебно-воспитательным процессом по формированию здорового образа жизни, ценностных ориентаций к олимпийским идеалам и принципам справедливой игры – «Фэйр Плэй».

Важнейшей частью ЭС является база знаний (БЗ), которая формируется и развивается в процессе ее построения (накопления объема знаний). БЗ сама по себе представляет особую ценность и может быть использована для решения различных прикладных задач. В этом смысле представляется целесообразным создание БЗ первичной профилактики наркомании и допинга в спорте среди юных спортсменов.

Организация первичной профилактики наркомании и допинга в спорте в учреждениях дополнительного физкультурного образования осуществляется на основе образовательных программ, основными задачами которых являются:

- обеспечение прочного сознательного овладения юными спортсменами базовыми знаниями по здоровому образу жизни, физической активности, опасности для здоровья и общества вредных привычек, применения ПАВ в спорте;

- формирование специальных умений и навыков организации и проведения самостоятельных занятий по первичной профилактике наркомании, вредных привычек и допинга в спорте.

Заключение

В результате проведенного исследования установлено, что применение экспертных систем в первичной профилактике наркомании и допинга в спорте среди юных спортсменов имеет пока локальный характер. В дальнейшем предполагается провести социологический опрос управленических работников и тренеров системы дополнительного физкультурного образования, родителей юных спортсменов с целью выявления их отношения к применению экспертных систем социальной адаптации в учебно-тренировочном процессе подготовки спортивного резерва. Выявлены социально-педагогические факторы, оказывающие влияние на

применение экспертных систем социальной адаптации юных спортсменов с целью первичной профилактики наркомании, вредных привычек и допинга в спорте.

Литература

1. Брук Т. М., Плешкова Н. Н., Белоусова Ю. В. Физкультурно-спортивные специализации как форма первичной профилактики потребления психоактивных веществ //Теория и практика физической культуры. – 2005. - № 7. – С. 18-21.
2. Журавлева Л. А. Модели превенции молодежного наркотизма //Теория и практика физической культуры. – 2006. - № 5.
3. Управленческая модель организации деятельности общеобразовательного учреждения по профилактике химической зависимости / Сост. Филиппова И. Б. – Курган, 2002. [Электронный ресурс]. - <http://dmp.mgopru.ru/data/1461.doc> (дата обращения 23. 12. 2009).
4. Федеральный закон Российской Федерации «О наркотических средствах и психотропных веществах» от 25 октября 2006 года № 170-ФЗ.
5. Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года (Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 августа 2009 г. №1101-р. – [Электронный ресурс]. - <http://minstm.gov.ru/documents/xPages/item.670.html> (дата обращения 12 декабря 2010 г.).
6. Приказ Минспортуризма России №544 от 23 июля 2009 года «О реализации комплекса мер по антидопинговому обеспечению в Российской Федерации». [Электронный ресурс]. - <http://minstm.gov.ru/documents/92.shtml/xPages/item.1697.html> (дата обращения 27.11.2010).
7. Колин К. К. Фундаментальные основы информатики: социальная информатика: Учебное пособие. – М.: Академический проект. - 2000. - 350 с.
8. Федоров А. И. Спортивно-педагогическая информатика: теоретико-методологические аспекты информатизации системы подготовки специалистов по физической культуре и спорту: Монография. - М., Издво «Теория и практика физической культуры». - 2003. - 448 с.
9. Социальная адаптация /Психологический словарь. - [Электронный ресурс]. - <http://dic.academic.ru/dic.nsf/psychologic/1719> (дата обращения 14.12.2010).
10. Социальная адаптация. - [Электронный ресурс]. - <http://www.sociys.ru/soc88.htm> (дата обращения 17.01.2011).
11. Бадрак К. А. Профилактика применения допинга в современном спорте (Апробация антидопинговой образовательной программы) // Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции «Физическая активность подрастающего поколения и взрослого населения России: вовлечение в физкультурно-спортивную деятельность». – Санкт-Петербург: СПбНИИФК, 2010. - С. 24-26.

65 лет успешного развития паралимпийского фехтования (фехтования на колясках) в мире

Белкина Е. Б., президент Федерации паралимпийского фехтования, старший тренер сборной команды России по фехтованию на колясках, член гандикап-комиссии Европейской конфедерации фехтования.

Овсянникова К. А., аспирант, член международной комиссии спортсменов IWFC. МООИ «Федерация паралимпийского фехтования России», Москва.

Ключевые слова: Паралимпийские игры, фехтование на колясках, классификация спортсменов, рапира, шпага, сабля, инвалид.

Аннотация. В статье описываются тенденции развития фехтования на колясках как вида паралимпийского спорта, начиная с первых соревнований 1948 года до обзора предварительной программы Паралимпийских игр 2012 года в Лондоне. Ключевым принципом анализа является сопоставление свободных таблиц результатов национальных команд, количества разыгранных комплектов наград и расширения соревновательной программы.

Контакт: wheelchair.fencing.rus@gmail.com

65 years of successful Wheelchair fencing development in the world

Belkina Elena, the President of the Wheelchair Fencing Federation of Russia, head coach of the National Wheelchair fencing team of Russia, member of the Handicap commission of the European Fencing Confederation.

Ovsyannikova Kseniya, postgraduate student, member of the International sportsmen commission of IWFC (International Wheelchair Fencing Committee). Sport non-profit organization «Wheelchair fencing federation of Russia», Moscow

Keywords: Paralympic Games, Wheelchair Fencing, sportmen classification, foil, epee, sabre, disabled person.

Abstract. The tendencies of the Wheelchair fencing development in the world since first tournaments in 1948 till preliminary events program of Paralympic Games 2012 in London are described in the article. The key analyzing principle is the results schemes comparisons, medals data and events program.

Введение

Фехтование на колясках* как паралимпийский вид спорта имеет не очень долгую, но насыщенную историю: оно было включено в программу первых Паралимпийских игр 1960 года в Риме и было принято официально, даже, несмотря на то, что в этом виде спорта участвовала только одна страна – хозяйка Игр – Италия. Однако, как средство реабилитации инвалидов фехтование имеет более длительную историю. Доктор Людвиг Гутман, невролог, основатель Национального центра для больных с травмами позвоночника в Сток-Мандевилле верил, что спорт является эффективным средством восстановительного лечения. Чтобы вызвать больший интерес к занятиям, в Сток-Мандевилле стали проводить соревнования между пациентами. В свои студенческие годы в Гейдельбергском университете Гер-

мании Гутман занимался фехтovanием, поэтому он сразу признал этот вид спорта одним из средств реабилитации больных с травмами позвоночника.

В 1948 году прошли первые официальные соревнования среди инвалидов, названные Сток-Мандевильскими играми, а к 1952 году они уже стали международными, и в них участвовало 130 спортсменов из разных стран.



Фехтование в программе Паралимпийских игр

За всю историю Паралимпийских игр в соревнованиях по фехтovanию участвовали спортсмены из 30 стран. Мужчины фехтовали на трех видах оружия (рапира, сабля, шпага), женщины – на двух (рапира и шпага), проводились личные и командные встречи.



*Wheelchair fencing (с англ.) – фехтование на колясках, или паралимпийское фехтование, от англ. wheelchair – «коляска» и fencing – «фехтование».

в число лучших, соответствующей квоте, выделенной Международным Паралимпийским комитетом. И не более 2 человек в виде программы от одной страны.

Из таблицы 3 видно, что в разные годы разыгрывалось разное количество медалей и в разных дисциплинах. До 1988 года женщины фехтовали только на рапирах. С течением времени менялась и система медицинской классификации поэтому спортсмены могли участвовать в разных категориях соответственно своим физическим возможностям.

Таблица 3.
Сводная таблица количества разыгранных медалей по фехтованию на колясках

Игры	З	С	Б	В
Рим, 1960	3	3	3	9
Токио, 1964	7	7	7	21
Тель-Авив, 1968	10	10	10	30
Гейдельберг, 1972	11	11	10	32
Торонто, 1976	14	14	13	41
Арнем, 1980	17	17	16	50
Нью-Йорк, Сток-Мандевиль, 1984	15	14	12	41
Сеул, 1988	14	14	14	42
Барселона, 1992	14	14	14	42
Атланта, 1996	15	15	15	45
Сидней, 2000	15	15	15	45
Афины, 2004	15	15	15	45
Пекин, 2008	10	10	10	30

Согласно современному Классификационному Кодексу, спортсмены-фехтовальщики разделены на три группы – «А», «В» и «С» (спортсмены категории С пока не участвуют в Паралимпийских играх из-за малочисленности этой группы).

Спортсмены относят к категории «А», если он держит баланс в положении сидя без опоры на ноги и имеет нормальную рабочую руку (до 1996 года спортивный класс носил наименование «3» и к нему относили спортсменов с параплегией, повреждением грудного или поясничного отдела позвоночника на уровне D10-L2) или, если он держит баланс в положении сидя с опорой на ноги и имеет нормальную рабочую руку (до 1996 года спортивный класс носил наименование «4» и к нему относили спортсменов с повреждением поясничного отдела позвоночника на уровне L4 и ниже).

Спортсмены относят к категории «В», если он держит баланс в положении сидя, имеет нормальную рабочую руку или с минимальными по-

Таблица 4.
Виды программ фехтования на колясках на Паралимпийских играх (Мужчины).

Игры	Сабля		Рапира		Шпага	
	личные	командные	личные	командные	личные	командные
Рим, 1960	+	+	–	–	–	–
Токио, 1964	+	+	+	–	+	+
Тель-Авив, 1968	+	+	+(+ГН)	+	+	+
Гейдельберг, 1972	+	+	+(+ГН)	+(+ГН)	+	+
Торонто, 1976	+ (2-3) +(4-5)	+ (2-5)	+ (2-3) +(4-5)(+ГН)	+	+ (2-3) +(4-5)	+ (2-5)
Арнем, 1980	+ (2-3) +(4-5)	+	+ (2-3)+ (4-5) (+ГН) + смешан- ные группы 1A, 1B, 1C	+	+ (1C-3) +(4-5)	+
Нью-Йорк, Сток-Мандевиль, 1984	+ 1C + (2-3) +(4-5)	+	+ (2-3) +(4-5) + 1B, +1C	+	+ (2-3) +(4-5)	+
Сеул, 1988	+ (1C-3) +(4-6)	+	+ (1C-3) +(4-6)	+	+ (1C-3) +(4-6)	+
Барселона, 1992	+ (2) +(3-4)	+	+ (2) +(3-4)	+	+ (2) +(3-4)	+
Атланта, 1996	+ (A) +(B)	+	+ (A) +(B)	+	+ (A) +(B)	+
Сидней, 2000	+ (A) +(B)	+	+ (A) +(B)	+	+ (A) +(B)	+
Афины, 2004	+ (A) +(B)	+	+ (A) +(B)	+	+ (A) +(B)	+
Пекин, 2008	+ (A) +(B)	–	+ (A) +(B)	–	+ (A) +(B)	–

вреждениями (неполная тетраплегия или параплегия, повреждение грудного отдела позвоночника на уровне D1-D9; до 1996 года спортивный класс носил наименование «2»).

Во время классификации спортсмен выполняет ряд тестов и упражнений, по которым определяют его функциональные возможности. Спортсмены с детским церебральным параличом, например, в зависимости от степени повреждения

Перспективы развития

Фехтование на колясках сохраняет положительную динамику развития, расширяя свои географические границы и соревновательную программу. На Кубке мира 2009 года в Лонато (Италия) впервые прошли официальные международные соревнования по фехтovanию на саблях среди женщин. В них принимали уча-

Таблица 5.
Виды программ фехтования на колясках на Паралимпийских играх (Женщины).

Игры	Рапира		Шпага	
	личные	командные	личные	командные
Рим, 1960	+	–	–	–
Токио, 1964	+	+	–	–
Тель-Авив, 1968	+ (+ГН)	+	–	–
Гейдельберг, 1972	+ (+ГН)	+	–	–
Торонто, 1976	+ (2-3) +(4-5)(+ГН)	+ (+ГН)	–	–
Арнем, 1980	+ (2-3) +(4-5) (+ГН)	+	–	–
Нью-Йорк, Сток-Мандевиль, 1984	+ (2-3) +(4-5)+1C	+	–	–
Сеул, 1988	+ (1C-3) +(4-6)	+	+ (1C-3) +(4-6)	–
Барселона, 1992	+ (2) +(3-4)	+	+ (2) +(3-4)	–
Атланта, 1996	+ (A) +(B)	+	+ (A) +(B)	+
Сидней, 2000	+ (A) +(B)	+	+ (A) +(B)	+
Афины, 2004	+ (A) +(B)	+	+ (A) +(B)	+
Пекин, 2008	+ (A) +(B)	–	+ (A) +(B)	–

стие фехтовальщицы из России, Канады, Греции, Франции. К Чемпионату мира 2010 года в Париже число стран, чьи представительницы участвовали в международных соревнованиях, достигло одиннадцати. Победительницами Кубков мира 2009 и 2010 гг. в этом новом виде программы стали российские спортсменки – Ирина Видрашко и Альбина Курамшина. Пока в международных соревнованиях в основном принимают участие спортсменки категории «А». Планируется развитие этого вида среди женщин в категории «В» и включение его в соревновательную программу летних Паралимпийских игр.

Соревнования среди мужчин с травмами шейного отдела позвоночника и тяжелой формой ДЦП (категория «С») также пока еще не включены в программу Игр, хотя они активно состязаются на чемпионатах мира и других международных соревнованиях. К сожалению, отдельных соревнований среди женщин категории «С» не проводилось еще ни разу, желающие вынуждены соревноваться со спортсменками из более сильной категории.

В международной системе подготовки профессиональных спортсменов по фехтованию на колясках недостаточно уделяется внимания развитию детского и юношеского спорта. Организация первых официальных международных соревнований среди юниоров значительно повысит качественный уровень подго-

товки спортсменов и эффективность физической реабилитации и социальной адаптации детей с инвалидностью. Этот же вопрос подняла Гандикап-комиссия Европейской конфедерации фехтования и трижды проводила пока неофициальные международные соревнования по окончании спортивных лагерей.

Заключение

Фехтование на колясках является неотъемлемой частью программы летних Паралимпийских игр и активно развивается на протяжении нескольких десятилетий. Команда российских фехтовальщиков присоединилась к мировому паралимпийскому движению лишь в конце 2005 года, но и за этот короткий период россияне смогли достичь высоких результатов – участие в финале Паралимпийских игр 2008 в Пекине (Людмила Васильева – 4 место; Марат Юсупов – 6 место, Сергей Фролов – 7 место), победы на кубках мира и чемпионатах, а также успешное развитие новых перспективных видов программ.

В международных правилах фехтования на колясках не прописаны ограничения по возрасту спортсменов, поэтому этот вид спорта является уникальным средством для физической реабилитации и социальной адаптации инвалидов с разной степенью поражения опорно-двигательного аппарата и различными функциональными возможностями. В парах

могут тренироваться дети вместе с взрослыми спортсменами, инвалиды вместе со здоровыми фехтовальщиками, сидящими на спортивных колясках, опытные мастера и новички, в первый раз взявшие в руки оружие. На Кубке мира 2010 года «Сабля Килинского» в Варшаве впервые было проведено показательное выступление по фехтованию среди слепых спортсменов. Все это подтверждает правильность идеи доктора Гутмана о развитии фехтования на колясках как одного из эффективных средств восстановительного лечения.

Согласно международному календарному плану на 2012 год, в летних Паралимпийских играх 2012 в Лондоне спортсмены будут выступать в следующих видах программы:

- мужчины – личные соревнования: шпага, рапира, сабля, категории «А» и «В», командные соревнования: рапира;
- женщины – личные соревнования: шпага, рапира, категории «А» и «В», командные соревнования: шпага.

Источники информации

1. Правила соревнований по паралимпийским видам спорта: Сборник [Текст] / сост. А. В. Царик; Паралимпийский комитет России. – М.: Советский спорт, 2009. – 560 с.
2. Тышлер Д. А., Белкина Е. Б. - Фехтование на колясках. Содержание и методики тренировки – М.: Человек, 2010. – 144 с.
3. History of Wheelchair Fencing [Электронный ресурс]. <http://www.iwasf.com/iwasf/index.cfm/sports/iwas-wheelchair-fencing/history/> (Дата обращения 08. 06. 2010)
4. IPC Historical Results Database [Электронный ресурс]. <http://www.paralympic.org/Sport/Results/index.html> (Дата обращения 30. 08. 2010)

Исследование функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы у фехтовальщиков с травматической болезнью спинного мозга на спортивно-оздоровительном этапе

Даянова А. Р., кандидат биологических наук, доцент. Башкирский институт физической культуры (филиал) ФГОУ ВПО «Уральский государственный университет физической культуры», Уфа.

Ключевые слова: инвалиды, спортсмены, соревнования, фехтование, здоровье, тренировка, физиология.

Аннотация. Впервые исследовано функциональное состояние сердечно-сосудистой системы спортсменов с травматической болезнью спинного мозга с использованием в тренировочном процессе нагрузок аэробного характера на спортивно-оздоровительном этапе подготовки.

Контакт: gulamanmin@mail.ru

Investigation of functional resources of cardiovascular system of fencers with spinal cord trauma at sports and recovering stage

Dayanova A. R., PhD, Assistant Professor. Bashkir Institute of Physical Education (branch) USUPE, Ufa

Keywords: disabled, athletes, competitions, fencing, health, training session, physiology

Abstract. In this article first investigated the functional state of cardiovascular system of sportmen with spinal cord trauma. During the training sessions aerobic load has been used at the sport and recovering stage.

Актуальность

Первой на воздействие физических нагрузок отзывается сердечно-сосудистая система, являющаяся од-

ной из ведущих в обеспечении высокой работоспособности у спортсменов, поэтому в настоящее время всё большее место занимают исследова-

ния возможных отрицательных изменений сердечно-сосудистой системы, возникающих при нерациональном использовании физических упражнен-

ний. Однако, анализируя специальную литературу [3, 4, 5] мы не обнаружили работ по изучению состояния сердечно-сосудистой системы у паралимпийцев, занимающихся фехтованиями на инвалидных колясках.

В то же время анализ научной литературы [2] и результаты собственных исследований указывают на то, что у инвалидов с последствиями травм спинного мозга сердечно-сосудистая система адаптируется к условиям пониженной мышечной активности, отмечается снижение объема циркулируемой крови, уменьшение массы сердца и снижение сократительной способности миокарда [6].

Таким образом, исследование функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы (ССС) спортсменов с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) на спортивно-оздоровительном этапе с использованием в тренировочном процессе нагрузок аэробного характера актуально.

Цель работы – исследование функционального состояния ССС спортсменов с ТБСМ на спортивно-оздоровительном (СО) этапе с использованием в тренировочном процессе нагрузок аэробного характера.

Организация и методика исследований

Для решения поставленной цели были обследованы фехтовальщики с ТБСМ занимающиеся на СО этапе.

На этапном контроле функционального состояния спортсменов с ТБСМ в период годового тренировочного цикла на СО этапе, для оценки функционального состояния ССС спортсменов-колясочников проводилось исследование данных ЭКГ, систолического и диастолического давления в каждой части тренировочного занятия, определение двойного произведения. Анализ результатов проведенного нами эксперимента осуществлялся с помощью методов математической статистики [1].

Результаты исследований и их обсуждение

Как видно из полученных показателей у спортсменов, перенесших ТБСМ данные систолического давления (СД) в начале занятий составляли $112,338 \pm 2,367$ мм. рт. ст., диастолическое давление (ДД) у испытуемых находилось на уровне $66,294 \pm 4,171$ мм. рт. ст.

Во время выполнения тренировочных заданий у фехтовальщиков на

колясках перенесших ТБСМ наблюдалась, бурная реакция со стороны вегетативной нервной системы, сопровождающаяся статистически достоверным повышением ($<0,001$) СД при выполнении заданий до $143,442 \pm 4,539$ мм. рт. ст.; ДД до – $92,428 \pm 4,222$ мм. рт. ст. ($<0,001$).

Полученная спортсменами с последствиями ТБСМ, физическая нагрузка, привела к незначительному увеличению пульсового давления (разница в миллиметрах между максимальным и минимальным давлением) с $46,044$ мм до $51,014$ мм, что является удовлетворительной реакцией организма на тренировочное занятие.

Достоверное увеличение СД и ДД в основной части занятия у фехтовальщиков с последствиями ТБСМ, на наш взгляд можно рассматривать как гипертоническую реакцию, характерную для лиц с нарушениями регуляции сосудистого тонуса, что подтверждается проведенными нами исследованиями данных ЭКГ. Миграция водителя ритма была выявлена в 14,3% случаев; неполная блокада правой ножки пучка Гиса составила 85,7%; неспецифические S-T изменения обнаружены у 15% занимающихся; синусовая аритмия выявлена у 57,1% фехтовальщиков с ТБСМ; синдром ранней реполяризации составил 28,6%.

Фехтовальные тренировки у лиц с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА) проходят на инвалидных колясках, в которых спортсмены фиксируются, но, несмотря на страховку и надежность крепления, первое время даже простые упражнения вызывали у спортсменов страх падения и неуверенность в своих действиях. Движения были скованные и закрепощенные, наблюдалось большое количество лишних движений. На начальных этапах тренировочных занятий спортсмены могли вести поединок непродолжительное время, быстро уставали и утомлялись. У фехтовальщиков с последствиями ТБСМ позвоночника наблюдались случаи падения, т. к. у данной категории спортсменов затруднены возможности удержания туловища. У занимающихся, наблюдались сложность удержание равновесия, потому что в результате перенесенной травмы смешается центр тяжести выше уровня поражения спинного мозга. Вызывали трудность манипуляции вооруженной и свободной рукой, а также

управление туловищем для нанесения уков и защит от атак проводимых соперником. Данные факты, по нашему мнению, так же могли влиять на показатели СД и ДД спортсменов с ТБСМ.

Заключительная часть занятия сопровождалась достоверным снижением СД и ДД. Цифровые значения СД понизились до уровня $121,531 \pm 5,226$ мм. рт. ст. ($<0,01$); диастолическое – $79,382 \pm 5,316$ мм. рт. ст. ($<0,01$).

По окончании СО этапа достоверных различий в исследуемых показателях в начале тренировки нами выявлено не было, СД составило $113,715 \pm 4,627$ мм. рт. ст., а ДД – $70,476 \pm 4,279$ мм. рт. ст. ($>0,05$).

Изучая цифровой материал можно обнаружить, что в основной части тренировочных занятий данные СД давления достоверно снизились по окончании СО этапа до уровня $127,003 \pm 2,018$ мм. рт. ст. ($<0,05$).

Показатели ДД в основной части занятия через год тренировок снизились до значений $73,293 \pm 3,154$ мм. рт. ст. ($<0,01$). Так же в начале СО этапа ДД в основной части тренировки достоверно повысилось в сравнении с вводной частью, тогда, как по окончании этапа данной тенденции не обнаружено. В то же время, в результате занятий адаптивным спортом произошло увеличение пульсового давления с $50,052 \pm 3,237$ мм. рт. ст. до $54,945 \pm 2,759$ мм. рт. ст. Достоверных различий не обнаружено ($>0,05$), однако по окончании этапа произошло статистически значимое увеличение пульсового давления в основной части по отношению к вводной с $42,239 \pm 3,394$ мм. рт. ст. до уровня $54,945 \pm 2,759$ мм. рт. ст. ($<0,05$).

Данные исследований позволяют нам предположить, что включение работы в аэробном режиме на гребном тренажере в тренировочные занятия фехтовальщиков на колясках на СО этапе положительно влияют на состояние ССС.

На наш взгляд, достоверного увеличения пульсового давления в основной части занятий между началом и окончанием этапа не произошло в результате того, что в начале СО этапа значения пульсового давления имели значительные показатели из-за высоких данных СД, характерных для гипертонического типа реакции на нагрузку. Через год занятий мы видим положительную реакцию организма на полученную нагрузку у спортсме-

нов с ТБСМ, умеренное увеличение СД и достоверное снижение ДД в сравнении с началом СО этапа.

После тренировочных занятий по окончании СО этапа показатели СД достоверно не отличались от аналогичных показателей полученных в начале и составляли – $118,352 \pm 6,162$ мм. рт. ст. ($>0,05$).

Данные пульсового давления имели тенденцию к увеличению до $48,218 \pm 3,409$ мм. рт. ст. ($>0,05$).

Уровень физической подготовленности с выявлением индивидуальной переносимости нагрузок спортсмена-инвалида также оценивающих состояние ССС системы проводят, по определению двойного произведения. Данный показатель разрабатывался для восстановительно-диагностических целей лиц с патологией ССС. У спортсменов с ПОДА для определения уровня физической подготовленности основное значение имеет его динамика – рост или снижение.

Во время выполнения тестового задания на гребном тренажере в начале исследования у фехтовальщиков на колясках перенесших ТБСМ наблюдалось повышение СД до $144,816 \pm 6,468$ мм. рт. ст. Количество гребков в минуту в среднем составляло $23,795 \pm 1,243$ кол/мин, ДП находилось на уровне $34,458 \pm 4,729$ у. е. Мы видим значительное снижение уровня физической работоспособности спортсменов с ТБСМ, т. к. нормой для здоровых людей является ДП в цифровых пределах 80 – 100 у. е.

Следует отметить, что начинающие спортсмены ТБСМ не смогли выполнить задание на гребном тренажере в течение положенных 12 минут, среднегрупповое время выполнения тестового задания на тренажере составляло $7,14 \pm 0,59$ мин. ЧСС после выполнения задания составляло $135,0 \pm 5,532$ уд/мин ($>0,05$). На 2-й минуте восстановления значения ЧСС практически не изменились и составили $129,321 \pm 4,327$ уд/мин ($>0,05$), на 3-й минуте отдыха полного восстановления так же не произошло, ЧСС находилось на уровне $121,482 \pm 2,635$ уд/мин ($>0,05$). Восстановление ЧСС до исходных данных у спортсменов с ТБСМ произошло только на 5-й минуте отдыха, что свидетельствует о сниженных возможностях ССС организма данной группы фехтовальщиков на колясках.

Повторные исследования данных 12-минутного тестового задания на

гребном тренажере у спортсменов с ТБСМ позволили выявить, несомненно, положительный факт, данная группа паралимпийцев через год занятий на СО этапе стала способна выполнять предложенную работу в течение положенного времени. Среднегрупповое время выполнения работы на гребном тренажере в начале этапа у фехтовальщиков с ТБСМ составляло $7,14 \pm 0,59$ мин, что достоверно ниже положенных по тестовому заданию 12 минут ($<0,001$; $t = 8,327$).

Во время выполнения тестового задания на гребном тренажере у фехтовальщиков на колясках перенесших травмы спинного мозга наблюдалось, не достоверное, но снижение СД с $144,816 \pm 6,468$ мм. рт. ст. до цифровых значений – $139,527 \pm 4,936$ мм. рт. ст. ($>0,05$).

Занятия фехтованием на колясках и включение в тренировочный процесс работы в аэробном режиме способствовали тому, что у спортсменов с ТБСМ произошло достоверное увеличение числа выполняемых гребков в минуту при выполнении тестового задания с $23,795 \pm 1,243$ кол/мин до $31,895 \pm 2,385$ кол/мин ($<0,01$).

Достоверно повысился уровень физической работоспособности, определяемый по показателям ДП с $34,458 \pm 4,729$ у. е. до цифровых значений $46,648 \pm 2,518$ у. е. ($<0,01$). Однако, мы можем видеть, что нормы принятые для здоровых лиц достигнуты не были. В то же время необходимо отметить, что показатели ДП выросли из-за достоверно увеличения количества выполняемых гребков в минуту при исполнении тестового задания, а не роста СД (наоборот, наблюдалось некоторое снижение значений).

Положительная тенденция наблюдалась у спортсменов с ТБСМ и в динамике восстановления после работы на гребном тренажере, определяемых по показателям ЧСС. Исследования ЧСС на 1-й минуте восстановления обнаружили повышение изучаемого показателя в сравнении с исходными данными до $147,528 \pm 2,263$ уд/мин ($>0,05$), можно предположить, что паралимпийцы с ТБСМ стали способны выходить на более высокие цифровые значения ЧСС при выполнении физических упражнений. Данный факт может свидетельствовать о повышении уровня общей тренированности фехтовальщиков с ТБСМ. На второй минуте восстановления ЧСС по

окончании этапа имело тенденцию к достоверному снижению до $111,374 \pm 3,562$ уд/мин ($<0,01$). Третья минута отдыха через год занятий на спортивно-оздоровительном этапе характеризовалась восстановлением ЧСС практически до исходных данных $84,047 \pm 4,273$ уд/мин ($<0,001$). Полное восстановление до $74,521 \pm 2,275$ уд/мин произошло на четвертой минуте.

Таким образом, мы наблюдаем, достоверное увеличение времени и мощности выполняемой работы, при статистически значимом снижении времени на восстановление, что, конечно, свидетельствует о повышении уровня общей работоспособности спортсменов перенесших ТБСМ через год занятий на спортивно-оздоровительном этапе.

Выходы

Можно предположить, что систематическое включение в тренировочный процесс фехтовальщиков на колясках работы в аэробном режиме, повышает функциональные возможности ССС, все больше приспосабливая ее к физическим нагрузкам и вырабатывают все более экономичный и оптимальный вариант деятельности, развивая адаптирующие возможности организма паралимпийца.

Занятия фехтованием на колясках и включение в тренировочный процесс нагрузок аэробного характера позволили увеличить двигательную активность спортсменов с ТБСМ, дозировано усилив нагрузку на систему кровообращения, что позволило повысить функциональные возможности сердечно-сосудистой системы паралимпийцев, которое в свою очередь привело к росту уровня общей работоспособности.

Литература

1. Аулик И. В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. М.: Медицина, 1990. 192с.
2. Белова А. Н. Позвоночно-спинномозговая травма (часть 1). М.: 2000. 207с.
3. Долженко Д. И. Особенности сердца спортсменов. ТГУФК. Тюмень, 1999. 67 с.
4. Иорданская Ф. А. Диагностика и дифференцированная коррекция симптомов дезадаптации к нагрузкам в современном спорте и комплексная система мер их профилактики. Теория и практика физической культуры, №1. 1999. С. 34-46.
5. Орджоникидзе З. Г. Особенности ЭКГ спортсмена. Московский научно-практический центр спортивной медицины. М.: 2008. 138с.
6. Полищук Н. Е., Корж Н. А., Фишенко В. Я. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Киев: «Книга», 2001. 637с.

Современные аспекты адаптивного физического воспитания детей грудного возраста, имеющих отклонения в психомоторном развитии

Налобина А. Н., кандидат биологических наук, доцент,
Стоцкая Е. С., аспирант.

Сибирский государственный университет физической культуры и спорта, г. Омск

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, дети грудного возраста, психомоторное развитие, коррекция.

Аннотация. В статье освещены вопросы подбора средств и последовательности их применения на занятиях по адаптивному физическому воспитанию с детьми грудного возраста, имеющими отклонения в психомоторном развитии.

Контакт: a.nalobina@mail.ru

Modern aspect of adaptive physical education of infants having deviation of psychomotor development

Nalobina A. N., PhD, Assistant Professor

Stotskaya E. S., postgraduate student

Siberian state university of physical culture and sport, Omsk

Keywords: adaptive physical education, infants, psychomotor development, correction.

Abstract. The article highlights the questions of matching of means and sequence of their use on the exercises of adaptive physical education of infants having deviation of psychomotor development.

Введение

Здоровье детей является важным аспектом всего человечества в целом, так как все то, что закладывается в детстве, человек проносит через всю жизнь. По оценкам специалистов к 2015 году доля здоровых новорожденных может сократиться до 15–20%. Закономерным следствием увеличения заболеваемости новорожденных является рост числа хронической патологии у детей, вплоть до выраженных нарушений в состоянии здоровья, с ограничением жизнедеятельности [1].

До недавнего времени, прежде всего, специалистами здравоохранения, не допускались даже разговоры о возможности проведения с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья, каких-либо мероприятий, кроме лечебных [12]. Применение широкого арсенала медикаментозных средств в лечении детей всегда связано с опасностью возможных побочных воздействий этих препаратов на организм ребенка, развитие аллергических реакций и полипрограммий [1, 5]. Важное место в восстановительной терапии новорожденных и детей первых месяцев жизни отводят лечебной гимнастике и массажу [5, 10].

Лечебная физкультура, как клиническая дисциплина, тесно смыкает-

ся с педагогикой [8], и поэтому она является частью системы адаптивного физического воспитания (АФВ) детей грудного возраста, имеющих отклонения в развитии. С помощью коррекционно-развивающих упражнений, в соответствующей терапевтической дозировке физической нагрузки, нормализуется структура движения, мышечная сила, и другие качества двигательного акта [8]. Занятия по адаптивному физическому воспитанию детей грудного возраста невозможно отделить от лечебных процедур. Здесь следует говорить о необходимости дополнения конкретного курса лечения, созданием специально организованных условий, стимулирующих двигательную активность ребенка на протяжении всего первого года жизни [12].

В настоящее время в научно-методической литературе методика АФВ детей грудного возраста, имеющих отклонения в развитии, базируется на методике физической реабилитации, предложенной Решетневой Г. А. и Минкой И. Н. (2004). В эту методику включены средства традиционной лечебной гимнастики, массажа, криотерапии. Все средства реабилитации использовались в соответствии с особенностями мышечного тонуса детей грудного возраста [9, 12]. Та-

ким образом, на занятиях решалась проблема коррекции лишь одного вида двигательного нарушения. При этом успех педагогических воздействий зависит от выявления индивидуально-типологических особенностей психомоторного развития (ПМР) детей грудного возраста и их направленной и адекватной стимуляции [1, 4, 5, 7, 12]. Одной из важных задач АФВ является обучение ребенка, имеющего отклонения в психомоторном развитии, необходимым двигательным умениям и навыкам.

Значительный вклад в понимание формирования двигательных умений и навыков в процессе обучения внесли исследования Н. А. Бернштейна (1990 г.) [2, 11]. Он доказал, что каждый этап эволюции моторики обусловлен развитием определенного отдела центральной нервной системы. Любой двигательный акт может быть построен только благодаря строгой иерархии «уровней мозга», которые отвечают за организацию определенных произвольных действий [2]. Исходя из данных теоретических убеждений, многие специалисты подчеркивают необходимость формирования двигательного навыка в условиях последовательного включения уровней организации движений, выделенных Н. А. Бернштейном (1990 г.) [11]. Однако в научно-методической литературе отсутствуют четкие технологии, позволяющие применительно к детям реализовать данный подход в практике. Мы надеемся, что наша статья поможет практикующим специалистам в области адаптивной физической культуры систематизировать и, возможно, дополнить свои знания по методике занятий с детьми грудного возраста, направленных на коррекцию отклонений психомоторного развития.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Сибирского государственного университета физической культуры и спорта, Центра восстановительной медицины и реабилитации, Детской городской больницы № 3 и № 4, Консультативной поликлиники педиатрического стационара Клинического родильного дома № 1 г. Омска и состоя-

ло из двух этапов: предварительного и основного. На предварительном этапе проводилась оценка двигательного развития 114 детей возрасте от 1 до 12 месяцев. У всех детей имелись отклонения в психомоторном развитии, вследствие перенесенных перинатальных поражений нервной системы.

На основании результатов предварительных исследований нами была разработана методика адаптивного физического воспитания для данной категории детей. Апробация методики проводилась на базе кафедры «Теория и методика адаптивной физической культуры» Сибирского государственного университета физической культуры и спорта. Была сформирована группа из 18 детей грудного возраста, перенесших в перинатальном периоде церебральную ишемию I-II степени. Длительность курса занятий составляла 3 недели, занятия проводились ежедневно. До начала, через каждую неделю, в конце курса и через 1 месяц после окончания занятий осуществлялся медико-педагогический контроль над изменением показателей психомоторного развития ребенка.

Исследование психомоторного развития детей проводилось с помощью педагогических тестов, позволяющих оценить общие движения, крупную и мелкую моторику [4, 6, 10]. После оценки общих движений вычислялся моторный коэффициент по формуле:

$$MK = N \cdot 100 / N_h,$$

где MK – моторный коэффициент, N – количество баллов, полученное при тестировании общих движений у ребенка, N_h – количество баллов, которое необходимо набрать в соответствие с возрастом [4].

Отдельно исследовались качественные и количественные характеристики мелкой моторики, статические и динамические – крупной. Для оценки сенсорных функций нами были разработаны и применены тесты, позволяющие оценить зрительное и слуховое сосредоточение, зрительно-моторную координацию и слуховую ориентированную реакцию, вестибулярную устойчивость [4]. Оценка рефлекторной деятельности ребенка проводилась по традиционной

Показатели двигательного развития детей грудного возраста, имеющих отклонения в психомоторном развитии

Таблица 1

№ п/п	Показатели	Ме (ДИ)	Возрастная физиологическая норма
1	Движения общие (баллы)	7 (5;10)	9-12
2	Моторный коэффициент (%)	75 (56;92)	100
3	Количественная характеристика правой руки у детей 3-6 месяцев (с)	25 (15;60)	20-30
4	Количественная характеристика мелкой моторики у детей 7-12 месяцев (шт.)	0 (0;1)	1-2
5	Качественная характеристика мелкой моторики (баллы)	2 (1;3)	2-3
6	Динамическая характеристика крупной моторики (баллы)	1 (1;2)	2-3
7	Статическая характеристика крупной моторики (баллы)	1 (1;2)	2-3
8	Зрительное сосредоточение (с)	21 (12;60)	30-60
9	Зрительно-моторная координация (с)	3 (2;6)	
10	Слуховое сосредоточение (с)	17 (8;22)	20-30
11	Слуховая ориентированная реакция (с)	2 (146)	
12	Вестибулярная устойчивость (с)	7 (0;30)	30

методике [1]. Мышечный тонус оценивался пальпаторно и с помощью педагогических тестов [3].

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы Statistica-6. Методами вариационной статистики рассчитывались медиана, границы 0,25 и 0,75 перцентилей доверительного интервала (ДИ) медианы. Оценка различий в изучаемой группе проводилась методами непараметрической статистики сравнения (критерий знаков z, T – критерий Вилкоксона).

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты предварительных исследований свидетельствовали о разнообразии индивидуально-типологических особенностей развития двигательных функций у детей грудного возраста, имеющих отклонения в ПМР.

Задержка формирования общих движений наблюдалась у 70-ти (61%) детей, статических характеристик крупной моторики у 58-ми (51%), динамических – у 60-ти (53%), качественных характеристик мелкой моторики у 40-ка (35%), а количественных – у 49-ти (43%).

Ниже возрастной физиологической нормы были выявлены показатели зрительного сосредоточения у 20-ти (45%) из 44-х детей, слухового сосредоточения у 14-ти (56%) из 25-ти детей. Отсутствовало формирование зрительно-моторной координации

у четырех (6%) из 70-ти детей; слуховой ориентированной реакции у 8-ми (9%) из 89 детей. Результаты тестирования описанных показателей представлены в таблице 1.

В становлении безусловно-рефлекторной деятельности у детей грудного возраста отмечалась как задержка угасания тонических рефлексов (симметричного шейного тонического рефлекса у 18% детей, лабиринтный тонический рефлекс у 9% детей), так и задержка появления первичных автоматизмов (рефлексы Галанта и Переза у 49% детей, опоры и автоматической ходьбы у 37% детей) и установочных рефлексов (рефлекс Ландау у 32% детей, защитной реакции рук у 42% и реакции равновесия у 58%). Нарушение мышечного тонуса проявлялось в его повышении у 27 (31%) детей, снижении у 26 (30%) детей, мышечной дистонии у 8 (9%) детей.

На основании полученных данных нами была разработана методика АФВ для детей грудного возраста, имеющих отклонения в ПМР. Она состояла из тестирующей и корригирующей частей. В соответствии с результатами тестирования, все средства АФВ были сгруппированы в блоки упражнений. Подбор коррекционных упражнений осуществлялся по наиболее отстающим психомоторным функциям, в соответствии с индивидуальным профилем двигательного развития ребенка (рис. 1). Последовательность их использования была обусловлена многоуровневой си-

стемой организации движений, выделенной Н. А. Бернштейном (1990 г.) (таблица 2).

Упражнения, нормализующие тонус мышц

По Н. А. Бернштейну самый низкий и филогенетически самый древний руброспинальный уровень А регулирует тонус мышц [2], поэтому, начиная занятия АФВ, необходимо давать упражнения, нормализующие мышечный тонус. Они представлены двумя группами: снижающие и повышающие мышечный тонус. К упражнениям, снижающим тонус мышц, относятся: потряхивание по Феллсу; покачивание в «позе эмбриона»; упражнения на растягивание мышц (стретчинг) [6]. Отставленным эффектом стретчинг-упражнений является рас-

Показатели	НН	Н	ВН
Физическое развитие			
Моторный коэффициент			
Крупная моторика			
Количественная оценка правая рука			
Количественная оценка левая рука			
Качественная оценка правая рука			
Качественная оценка левая рука			
Оценка зрительной функции			
Оценка слуховой функции			
Оценка вестибулярного аппарата			
Тонус верхних конечностей			
Тонус нижних конечностей			
1. Рефлекс Моро			
2. Асимметричный шейный тонический рефлекс			
3. Шейная выпрямляющая реакция			
4. Выпрямляющий рефлекс туловища			
5. Ладонно-ротовой рефлекс			
6. Хоботковый рефлекс			
7. Поисковый (искательный) рефлекс			
8. Сосательный рефлекс			
9. Симметричный тонический рефлекс			
10. Хватательный рефлекс			
11. Защитный рефлекс новорожденного			
12. Лабиринтный выпрямляющий установочный рефлекс на голову			
13. Рефлекс ползания (Бауэра)			
14. Рефлекс Галанта			
15. Рефлекс Переза			
16. Рефлекс опоры и автоматическая походка новорожденных			
17. Тонический лабиринтный рефлекс			
18. Рефлекс Ландау			
19. Защитная реакция рук			
20. Реакция равновесия			
Показатели	НН	Н	ВН

Примечание.

НН – ниже возрастной нормы, Н – возрастная норма, ВН – выше возрастной нормы.

Рис. 1. Индивидуальный профиль психомоторного развития шестимесячного ребенка, имеющего отклонения в психомоторном развитии.

Таблица 2
Теоретическое обоснование последовательности средств адаптивного физического воспитания на коррекционно-развивающих занятиях детей грудного возраста, имеющих отклонения в психомоторном развитии

Уровень организации движения по Н. А. Бернштейну	Структуры, регулирующие двигательную функцию	Двигательные функции
A Руброспинальный	Сегментарный аппарат спинного мозга	Тонус мышц, первичные автоматизмы, тонические рефлексы
B Таламо-паллидарный	Бледный шар, красное ядро, таламус.	Установочные рефлексы
C Пирамидно-стриальный	Экстрапирамидная и пирамидная двигательные системы. Пирамидная двигательная область коры и чувственная область осознательных и мышечно-суставных ощущений (центральная или Роландовая Борозда)	Сенсорные системы, крупная моторика
D Теменно-премоторный	Кора головного мозга	Мелкая моторика

слабление растянутых мышечных групп. Отличительной особенностью расслабления мышц у детей грудного возраста является первоначальное сближение мест их крепления с последующим пассивным растяжением [9].

Упражнения на растягивание выполнялись в медленном темпе. Оптимальное время состояния растянутой мышцы 30–40 с с малым количеством повторений 3-4 раза, по 2-3 подхода в одном занятии. Потряхивание по Феллсу, покачивание в «позе эмбриона» выполнялись по мере необходимости на протяжении всего занятия.

Для повышения мышечного тонуса использовались аэродинамическая гимнастика, упражнения на фитболе, пассивные и активные упражнения [5, 9]. Аэродинамическая гимнастика и фитбол-упражнения не только повышали тонус мышц, но и стимулировали развитие установочных рефлексов. Активные упражнения проводились в соответствии с освоенными двигательными навыками ребенка. Амплитуда пассивных упражнений соответствовала физиологической норме. Вначале давались упражнения на крупные, затем средние и мелкие мышечные группы. Пассивные упражнения включались в подготовительную часть занятия, аэродинамическая

и фитбол-гимнастика, активные упражнения – в основную.

Рефлекторная гимнастика

Первичные автоматизмы и тонические рефлексы так же, как и тонус мышц, подчинены руброспинальному уровню регуляции движений А. Включение в работу таламо-паллидарного уровня В обуславливало появление установочных рефлексов. Таким образом, после упражнений, нормализующих тонус мышц, в зависимости от индивидуально-типологического профиля психомоторного развития ребенка использовались рефлексостимулирующие и/или рефлексозапрещающие упражнения.

К рефлекторным упражнениям, стимулирующим появление установочных рефлексов, относились: «парение», аэродинамическая гимнастика, упражнения на фитболе, активные упражнения [5]. Рефлексозапрещающие упражнения были направлены на угасание тонических рефлексов, и проводились по методикам К. и Б. Бобат и Феллса [5, 13].

Упражнения, развивающие сенсорные функции

Одной из важных функций стриопаллидарного уровня С является обеспечение взаимосвязи движений с внешним миром, которая осуществляется по средствам включения «систем чувственной, сенсорной сигнализации» [2]. У детей грудного возраста перед обучением двигательным навыкам необходимо развивать сенсорные функции.

Доминирующим значением в общем поступательном характере пси-

хомоторного развития ребенка первых месяцев жизни является зрительное восприятие [8], поэтому стимуляцию сенсорных систем необходимо начинать со зрительной. Детям до четырех месяцев жизни на занятиях по АФВ формировали зрительное сосредоточение. С пяти месяцев развивали зрительно-моторную координацию. С шести месяцев для ее совершенствования стимулировали захват игрушки из различных исходных положений (ИП). Особое значение в развитии зрительной функции имеют цвет и размер игрушки. Восприятие цветов развивается с возрастом ребенка в следующей последовательности: красный, желтый, зеленый, фиолетовый, синий. Игрушка должна быть удобна для захвата кистью ребенка [7].

К трем месяцам ведущую роль в психомоторном развитии ребенка начинает играть слуховое восприятие. Для его развития сначала стимулировалось слуховое сосредоточение, затем слуховая ориентировочная реакция, с шести месяцев – развивалась поисково-направленная деятельность ребенка. При первых предъявлениях погремушки ребенку зрительные и слуховые воздействия разделялись, при повторных – они давались в комплексе [7]. Развитие вестибулярного аппарата осуществлялось двумя путями – непосредственным воздействием на вестибулярный аппарат путем изменения положения тела ребенка в пространстве или опосредованным воздействием на него через слуховой анализатор. К первой группе упражнений относились такие упражнения, как «парение», частая смена ИП в процессе занятия, упражнения на фитболе. Согласно методике К. и Б. Бобат, полезно выводить ребенка из равновесия, слегка подталкивая его, из различных положений [13]. Ко второй группе относились упражнения, вызывающие слуховое сосредоточение, слуховую ориентировочную реакцию.

Упражнения, развивающие крупную моторику

«Самые старинные и основные движения уровня пространства... – это локомоции...» (Бернштейн Н. А., 1990 (примечание – курсив автора)). Освоение передвижения является

важной характеристикой развития крупной моторики. Обучение движениям крупной моторики на занятиях по АФВ осуществлялось в онтогенетической последовательности [4, 5, 8]. Вначале формировались динамические, затем статические характеристики движения. Первым развивалось умение разгибать и удерживать голову на основе шейной выпрямляющей реакции. Далее следовало обучение навыку поворота тела на базе лабиринтного выпрямляющего установочного рефлекса на голову. Затем обучали ребенка стойке в колено-кистевом положении и переходе в сид. Совершенствование акта сидения проводилось с помощью тренировки равновесия по методике К. и Б. Бобат [13]. Для стимулирования активного ползания перед лицом ребенка выставляли игрушки. Из ИП – стоя на четвереньках проводилось обучение ребенка вставанию. Освоение вертикального положения вначале осуществлялось у опоры с помощью гимнастической палки и стенки, затем его совершенствовали выведением ребенка из равновесия. Особое место на занятиях с детьми занимало обучение самостоятельной ходьбе. После освоения ребенком самостоятельной ходьбы, ее совершенствовали с помощью ходьбы по наклонной плоскости сначала вниз, затем вверх. Формированию навыков ползания и ходьбы, освоению седа и стояния способствовало появление установочного рефлекса Ландау, защитной реакции рук, реакции равновесия.

Упражнения, развивающие мелкую моторику

За появление предметной деятельности движения руки ребенка к концу первого года жизни ответственен уровень предметных действий D [2].

Мелкая моторика развивалась в онтогенетической последовательности. Вначале развивалась качественная характеристика мелкой моторики, затем количественная. Движения захватывания предмета развивались на основе хватательного врожденного рефлекса, который формировался с помощью стимуляции тактильных ощущений ладонной поверхности, поскольку, включение центров тактильного анализатора коры больших полушарий головного

мозга происходит первым [7]. Затем формировалось умение брать предмет из разных положений: лежа на животе, на боку, на спине, сидя и т. п. В дальнейшем развивались движения руки ребенка с использованием межрецепторных связей: зрительно-тактильно-кинетических. Известна ведущая роль зрительного анализатора в развитии движений руки [7].

Тестирующая часть методики АФВ позволила разработать индивидуальную программу развития ребенка грудного возраста, имеющего отклонения в ПМР. В корригирующей части проводились занятия с детьми по разработанной программе.

Результаты исследования психомоторного развития детей грудного возраста после проведенного эксперимента указывали, что показатели «общие движения», «моторный коэффициент», «крупная моторика», «мелкая моторика» достигли значений их здоровых сверстников. При этом через месяц после занятий наблюдалось сохранение результата на достигнутом уровне (рис. 2А).

В процессе коррекционно-развивающих занятий нормализация мышечного тонуса наблюдалась у двоих из девяти детей с гипертонусом, и у четырех из восьми детей с гипотонусом. При контрольном обследовании через месяц нормальный мышечный тонус был выявлен у четырнадцати детей (78%).

При задержке формирования первичных автоматизмов в процессе занятий происходило вначале появление тонических рефлексов (симметричного шейно-тонического рефлекса на 2 – 3 неделе занятий у двенадцати (67%) детей). Затем они угасали у всех детей, и появлялись установочные рефлексы (рефлекс Ландау появился у всех детей, защитная реакция рук у двенадцати (67%), реакции равновесия у семи (39%)).

У детей в процессе занятий по АФВ наблюдалось равномерное стимулирование общих движений, крупной и мелкой моторик на протяжении всего курса занятий и через месяц после занятий показатели соответствовали возрастной физиологической норме (рис. 2А). Развитие зрительного сосредоточения у детей характеризовалось достоверным ($p \leq 0,05$) увеличе-

нием времени слежения за игрушкой на первой недели занятий и в последующем оставалось на достигнутом уровне. Увеличение времени слухового сосредоточения при занятиях с детьми наблюдалось в конце второй недели и далее так же оставалось на достигнутом уровне (рис. 2Б). Динамика развития зрительно – моторной и слуховой ориентировочной реакций у детей характеризовалась снижением времени латентной реакции на раздражитель уже на первой неделе. Однако через месяц после занятий наблюдалось ухудшение показателей слуховой ориентировочной реакции при отсутствии ее тренировки, в то время как показатели зрительно-моторной реакции оставались на достигнутом уровне (рис. 2В). В процессе коррекционно-развивающих занятий показатели устойчивости вестибулярного аппарата достоверно изменились через 1 неделю, и в дальнейшем оставались на достигнутом уровне. При отсутствии тренировки показатели ухудшались (рис. 2Б).

Выводы

На занятиях по адаптивному физическому воспитанию для детей грудного возраста, имеющих отклонения в психомоторном развитии при подборе средств необходимо руководствоваться следующей последовательностью:

1. Упражнения, повышающие тонус мышц, должны даваться на первой неделе занятий, а снижающие – на протяжении всего курса занятий.

2. Упражнения, формирующие безусловно-рефлекторную деятельность, подбираются на основе индивидуально-типологического профиля ребенка.

3. На первой неделе занятий необходимо стимулировать функцию зрительной сенсорной системы, и только на второй – давать упражнения на развитие слуховой функции. Через неделю от начала занятий для стимуляции устойчивости вестибулярного аппарата необходимо менять условия проведения упражнений.

4. Упражнения по развитию крупной и мелкой моторики включать на протяжении всего курса занятий по АФВ.

Проведенное исследование подтверждает эффективность разработанной нами методики адаптивного

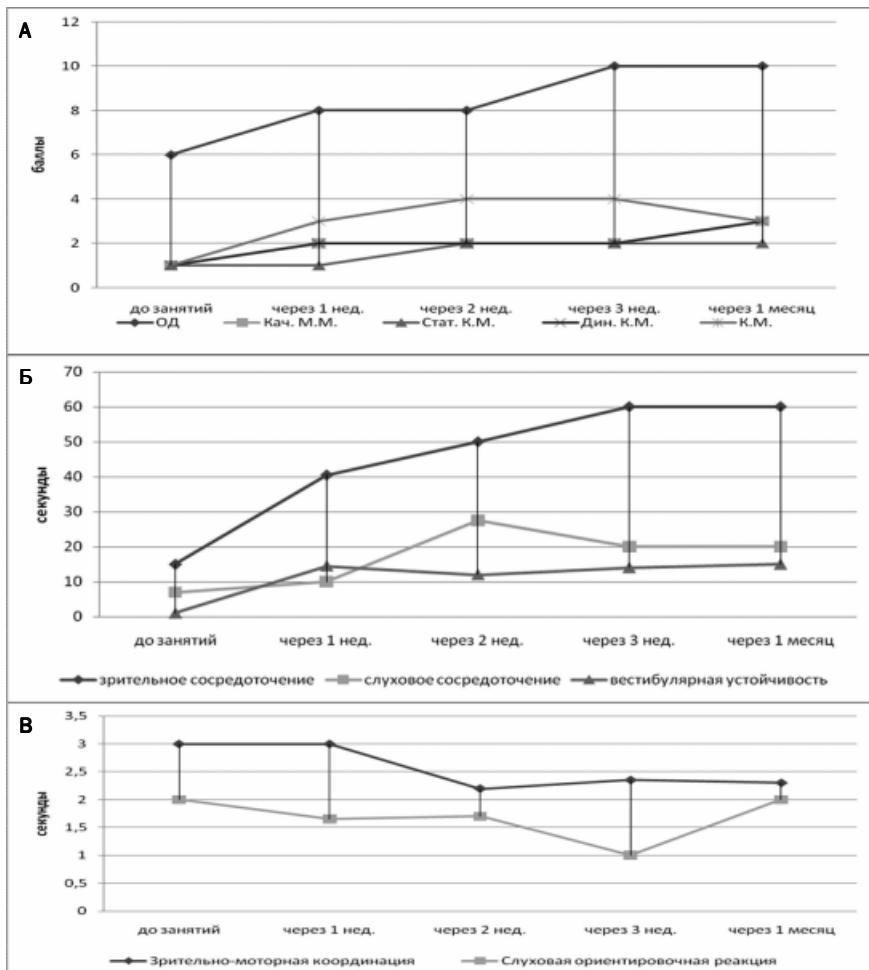


Рис. 2. Динамика показателей психомоторного развития детей в процессе коррекционно-развивающих занятий (А – общие движения, крупная и мелкая моторика, Б – зрительное и слуховое сосредоточение, вестибулярная устойчивость, В – зрительно-моторная координация, слуховая ориентировочная реакция).

Условные обозначения: ОД – общие движения, Кач. М.К.- качественная характеристика мелкой моторики, Стат. К.М. – статическая характеристика крупной моторики, Дин. К.М. – динамическая характеристика крупной моторики, К.М. – крупная моторика.

физического воспитания для детей грудного возраста, имеющих отклонение в психомоторном развитии.

Литература:

1. Бадалян Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. – М.: МЕДпресс-информ, - 2001. -485 с.
2. Бернштейн Н. А. Физиология движения и активность / Н. А. Бернштейн. - М.: Наука, - 1990. – 495 с.
3. Капитан Т. В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: учеб. пособие / Т. В. Капитан, СПб: Изд-во МЕДпресс-информ, - 2006. - 698 с.
4. Кравчук А. И. Физическое воспитание детей раннего и дошкольного возраста (научно-методические и организационные основы гармоничного дошкольного комплексного физического воспитания) / А. И. Кравчук, - Новосибирск: Изд-во НГПУ, - 1998. – 238 с.
5. Налобина А. Н. Лечебная физическая культура и массаж в детской неврологии: учебное пособие / А. Н. Налобина, А. В. Полустроев, Л. Г. Сорокина. – Омск: СибГУФК, - 2006. – 156 с.
6. Налобина А. Н. Методика оценки двигательной функции детей до года, имеющих отклонения в психомоторном развитии / А. Н. Налобина, Е. С. Степочкина // Проблемы совершенствования физической культуры, спорта и олимпизма: материалы всесо
- рос. науч. -практич. конф. молодых ученых, аспирантов, соискателей и студентов / СибГУФК. – Омск. - 2007. - С. 78 – 82.
7. Павлова Л. Н Практическая энциклопедия раннего развития. От рождения до года / Л. Н. Павлова. – М.: ЗАО «РОСМЭН-ПРЕСС», - 2007. - 111с.
8. Потапчик А. А., Диур М. Д. ЛФК в педиатрии. – СПб.: Речь – 2006 – 468 с.
9. Решетнева Г. А. Физическое воспитание детей первого года жизни с нарушениями в развитии / Г. А. Решетнева, И. Н. Минка. – М.: Гуманитар. Изд. Центр ВЛАДОС, 2004. – 79 с.
10. Скворцов И. А. Развитие нервной системы у детей: (Нейроонтогенез и его нарушения) / И. А. Скворцов – М.: - 2000. – 200 с.
11. Теория и методика физического воспитания и развития ребенка: учеб. Пособие для студ. высш. уч. заведений / Э. Я. Степаненкова. – 2-е изд., испр., - М.: Издательский центр «Академия», - 2006. – 368 с.
12. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 т. Т. 2: Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / Под общей ред. проф. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.
13. Bobath K. The motor deficit in patients with cerebral palsy / K. Bobath; Pref. by P. C Mackie. London: Medical education and information unit., 1966.

Обсуждение эффективности процесса физического воспитания младших школьников с отклонениями в поведении в условиях формирующей физкультурно-оздоровительной среды общеобразовательного учреждения школа-интернат

Гудков Ю. Э., преподаватель,
Дальневосточный федеральный университет, г. Владивосток

Ключевые слова: формирующая физкультурно-оздоровительная среда, методы коррекционной педагогики, школьники с отклонениями в поведении, общеобразовательное учреждение школа-интернат.

Аннотация. В статье рассматриваются результаты исследования процесса физического воспитания школьников 7-10 лет с отклонениями в поведении в условиях формирующей физкультурно-оздоровительной среды общеобразовательного учреждения школа-интернат

Контакт: sadovnik-ain@yandex.ru

Discussion of the effectiveness of physical education primary school children with behavioral problems in the emerging sport and recreational environment of general education institutions Boarding School

Gudkov Yu. E., teacher,
Far Eastern Federal University, Vladivostok

Keywords: forming a fitness environment, methods of corrective pedagogy, students with behavioral, educational institutions boarding school.

Abstract. The article reviews the results of the study of physical education students 7-10 years old with behavioral problems in the emerging sport and recreational environment of general education institutions Boarding School.

В результате проведенного нами исследования в общеобразовательных учреждениях Приморского края обнаружено, что среди учащихся 1-4 классов до 28 % мальчиков и 22,7 % девочек имеют высокое проявление отклонений в поведении. При этом замечено, что наибольший процент учащихся с высоким проявлением отклонений в поведении наблюдается в общеобразовательных школах-интернатах: 20 – 28 % в отличие от средних общеобразовательных школ и гимназий, где этот процент составляет 3,5 – 15,8 %. Такая статистика обусловила актуальность данного исследования.

Цель настоящей работы – разработка и обоснование формирующей физкультурно-оздоровительной среды на основе урочных, неурочных и внеклассных форм занятий физическими упражнениями с использованием методов коррекционной педагогики, комплексно воздействующих на повышение уровня физической подготовленности, снижение уровня личностной тревожности и уменьшение проявлений отклонений в поведение учащихся 7-10 лет (см. АФК № 3(43), 2010 и АФК № 4(44), 2010).

Рассмотрим результаты сравнительного педагогического эксперимента, позволившего выявить эффек-

тивность физического воспитания младших школьников с отклонениями в поведении в условиях форми-

рующей физкультурно-оздоровительной среды общеобразовательного учреждения школа-интернат.

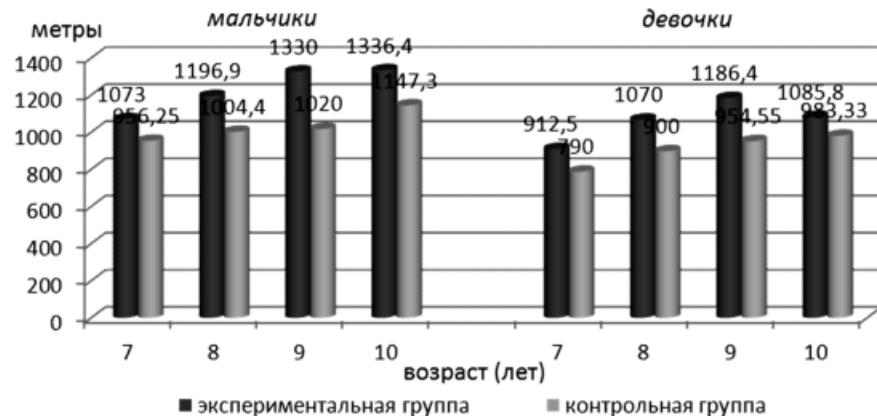


Рис. 1. Изменение показателей, характеризующих развитие общей выносливости у школьников 7-10 лет в экспериментальной и контрольной группах после эксперимента (м)

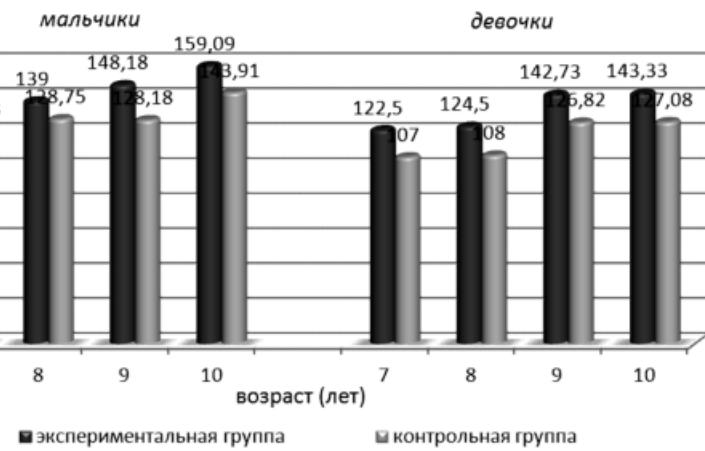


Рис. 2. Изменение показателей, характеризующих развитие скоростно-силовых способностей у школьников 7-10 лет в экспериментальной и контрольной группах после педагогического эксперимента (см.)

В эксперименте приняли участие 18 педагогов и 185 школьников 1-4 классов. Экспериментальная группа была организована в муниципальном общеобразовательном учреждении школа-интернат № 1 г. Владивостока. В нее входили все учащиеся 1-4 классов (50 мальчиков и 44 девочки, из них 14 мальчиков и 10 девочек с отклонениями в поведении). Контрольная группа была сформирована на базе негосударственного общеобразовательного учреждения школа-интернат № 29 ОАО «Российские железные дороги» г. Уссурийска, и состояла из 51 мальчика и 40 девочек (из них 12 мальчиков и 8 девочек с отклонениями в поведении). В обоих учреждениях были реализованы урочные, неурочные и внеурочные формы организации занятий физическими упражнениями. Но в контрольной группе все формы занятий имели традиционное содержание, а в экспериментальной – основывались на использовании специфических коррекционных методов и были структурированы в формирующую физкультурно-оздоровительную среду.

Для оценки развития физических способностей и определения уровня физической подготовленности учащихся проводились педагогические контрольные испытания.

Общая выносливость оценивалась по стандартному тесту «Бег 6 минут». Анализ изменения показателей, характеризующих развитие общей выносливости после педагогического эксперимента, позволяет говорить о достоверном улучшении ($P<0,05$) большинства результатов в экспериментальной группе по сравнению с контрольной (рис. 1).

Скоростно-силовая способность оценивалась по результатам выполнения прыжка в длину с места толчком двумя ногами. Фиксировался лучший результат из трех попыток. Тест показал достоверное увеличение результатов в экспериментальной группе относительно контрольной у всех возрастных категорий мальчиков и девочек ($P<0,05$), особенно у мальчиков девяти лет и девочек восьми лет (рис. 2).

Силовая выносливость оценивалась по результатам выполнения сгибаний – разгибаний рук из исходно-

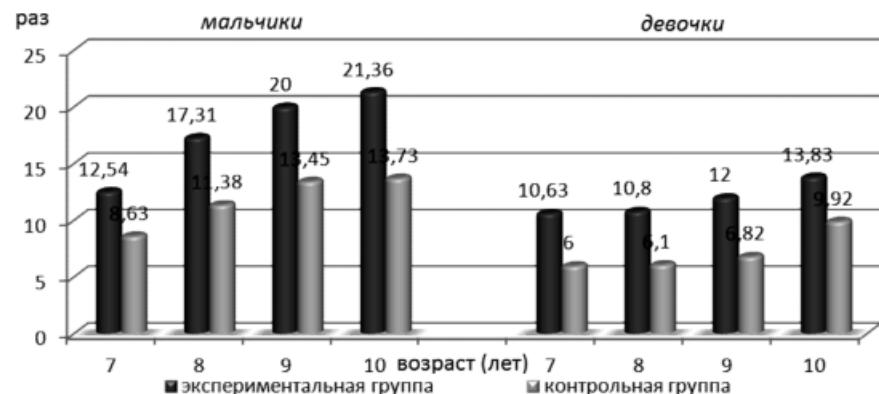


Рис. 3. Изменение показателей, характеризующих развитие силовой выносливости у школьников 7-10 лет в экспериментальной и контрольной группах после педагогического эксперимента (количество раз).

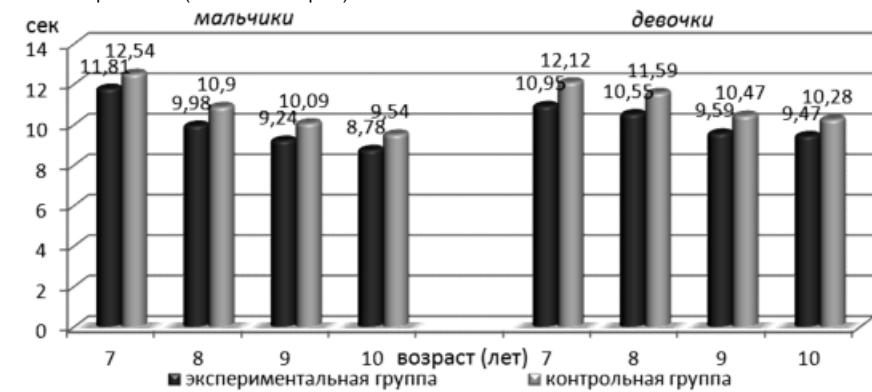


Рис. 4. Изменение показателей, характеризующих развитие координационных способностей у школьников 7-10 лет в экспериментальной и контрольной группах после педагогического эксперимента (с).

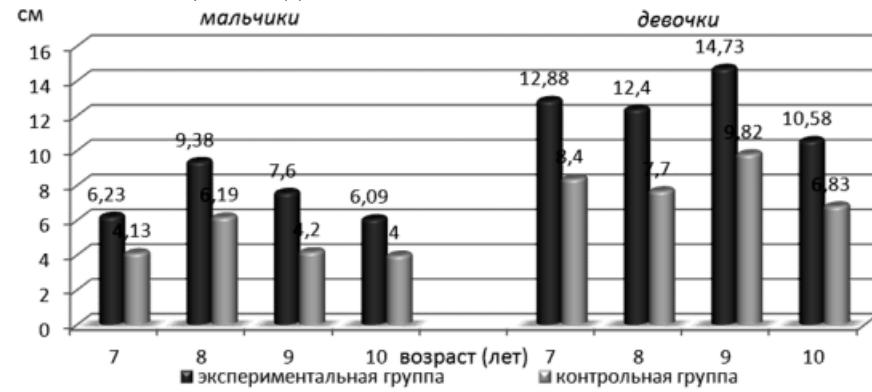


Рис. 5. Изменение показателей, характеризующих развитие гибкости у школьников 7-10 лет в экспериментальной и контрольной группах после педагогического эксперимента (см.).

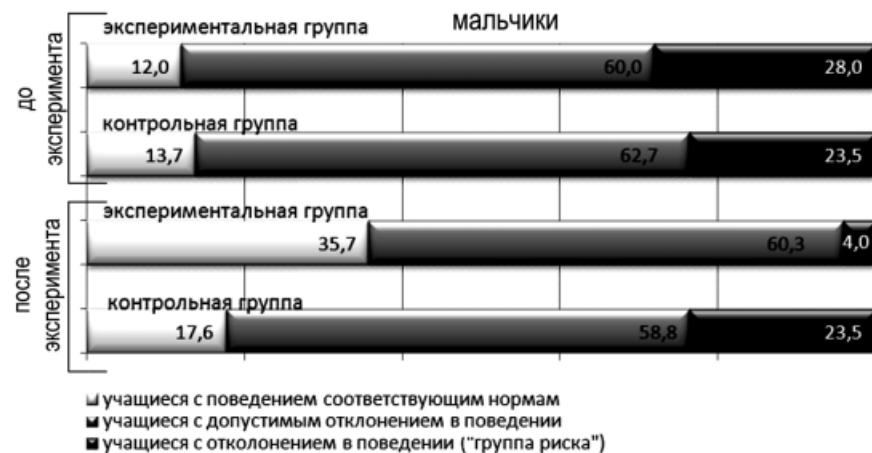


Рис. 6. Соотношение количества мальчиков 7-10 лет с различными поведенческими проявлениями в экспериментальной и контрольной группе до и после эксперимента.

го положения упор лежа (максимальное количество раз). Показатели силовой выносливости в экспериментальной группе относительно контрольной также достоверно увеличились у мальчиков и девочек во всех возрастных категориях ($P<0,05$), особенно у мальчиков семи лет и девочек девяти лет (рис. 3).

Координационные способности оценивались по результатам челночного бега (3Х10). Трехкратное преодоление 10-метровой дистанции с переноской и сменой кубиков за минимальное время. Данный тест показал достоверное увеличение результатов в экспериментальной группе относительно контрольной у всех возрастных категорий мальчиков и девочек ($P<0,05$), особенно у мальчиков восьми лет и девочек семи лет (рис. 4).

Развитие активной гибкости (подвижности тазобедренного сустава) определялось по степени наклона туловища из исходного положения сед. С помощью сантиметровой линейки. Данный тест позволил сделать вывод о достоверном увеличении ($P<0,05$) большинства результатов в экспериментальной группе относительно контрольной. Наибольший прирост показателей в экспериментальной группе наблюдается у мальчиков восьми и девяти лет (рис. 5).

Было установлено соотношение количества учащихся 7-10 лет с «поведением, соответствующим нормам», «допустимыми отклонениями», и школьников «группы риска» (с отклонениями в поведении) в экспериментальной и контрольной группе до и после педагогического эксперимента (рис. 6-7).

Количество мальчиков «группы риска» в экспериментальной группе сократилось с 28 % до 4 %, в отличие от контрольной, где снижение этого показателя не произошло. Количество мальчиков с «допустимыми отклонениями в поведении» в экспериментальной и контрольной группе незначительно уменьшилось. Процент мальчиков с «поведением соответствующим нормам» увеличился с 12 % до 35,7 % в экспериментальной группе и не значительно повысился в контрольной группе.

Количество девочек с «отклонениями в поведении» экспериментальной



Рис. 7. соотношение количества девочек 7-10 лет с различными поведенческими проявлениями в экспериментальной и контрольной группе до и после эксперимента.

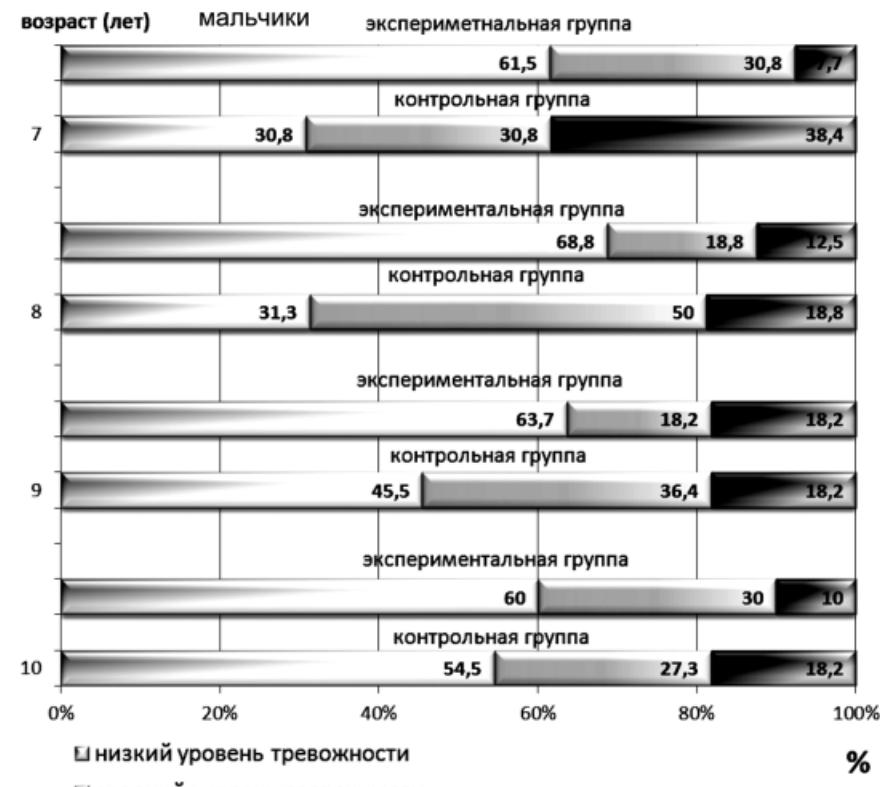


Рис. 8. Изменение уровня личностной тревожности у мальчиков экспериментальной и контрольной групп после педагогического эксперимента.

группы сократилось с 22,7 % до 2,3 % (в отличие от контрольной группы, где этот показатель увеличился на 2,2 %). Процент девочек экспериментальной группы с «допустимыми проявлениями отклонений в поведении» снизился с 59,1 % до 57,7 %, за счет увеличения процента девочек с «поведением соответствующим нормам» – на 21,8 %. В контрольной группе эти показатели почти не изменились.

В завершение определялась эффективность разработанного процесса физического воспитания в условиях формирующей физкультурно-оздоровительной среды посредством анализа изменения уровня личностной тревожности в контрольной и экспериментальной группах после педагогического эксперимента (рис. 8, 9). На рисунке 8 видно, что в экспериментальной группе произошло снижение

количества мальчиков с высоким уровнем тревожности относительно контрольной группы, особенно у мальчиков семи лет (в среднем на 30,7 %). Заметная разница прослеживается и в возрастной группе мальчиков десяти лет. Незначительное снижение количества учащихся с высоким уровнем тревожности произошло среди мальчиков девяти лет.

У девочек (рис. 9) существенное снижение количества детей с высоким уровнем тревожности наблюдается в семь и в девять лет. В возрастной категории восьми лет девочек с высоким уровнем тревожности в экспериментальной группе не выявлено, в контрольной группе эта категория девочек составила 22,2 %.

Таким образом, результаты, полученные после педагогического эксперимента, свидетельствуют об эффективности разработанного процесса физического воспитания в условиях физкультурно-оздоровительной среды образовательного учреждения.

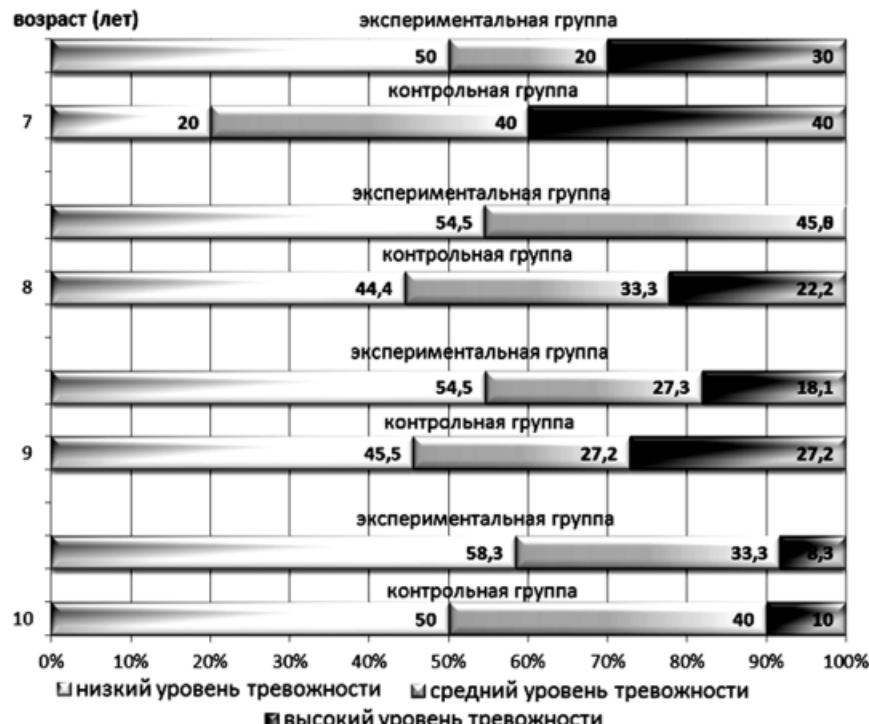


Рис. 9. Изменение уровня личностной тревожности у девочек экспериментальной и контрольной групп после педагогического эксперимента.

Профилактика и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата детей в условиях дошкольного учреждения

Волосникова Т. В., кандидат педагогических наук, доцент.
РГПУ имени А. И. Герцена, Санкт-Петербург

Потапчук А. А., доктор медицинских наук, профессор.
СПбГМУ имени акад. И. П. Павлова.

Ключевые слова: опорно-двигательный аппарат, дошкольники, коррекция, ортопедический статус.

Аннотация. В настоящее время отмечается рост заболеваемости у детей дошкольного возраста. Одно из первых мест занимают функциональные нарушения опорно-двигательного аппарата. Целенаправленные занятия физическими упражнениями имеют исключительное значение для формирования опорно-двигательного аппарата детей.

Контакт: vtv139@mail.ru

Prevention and correction of the musculoskeletal system of children in preschool

Volosnikova T. V., PhD, Assistant Professor
Herzen University, St. Petersburg

Potapchuk A. A., DM, Professor
Saint-Petersburg Pavlov State Medical University

Keywords: musculoskeletal system, pre-schoolers, the correction, orthopedic status.

Abstract. Currently, there is increasing incidence in preschool children. One of the first places occupied by functional disorders of the musculoskeletal system. Targeted physical exercises are of paramount importance for the formation of the musculoskeletal system of children.

Последние годы характеризуются увеличением объема учебной нагрузки в дошкольных образовательных учреждениях, что в значительной

мере способствует снижению количества локомоций в режиме дня. Занятия умственной деятельностью детей требуют длительного статичес-

кого напряжения, связанного с поддержанием определенной позы, что влечет за собой нарушение опорно-двигательного аппарата [1]. Многие исследователи [2, 3] отмечают, что большинство детей в настоящее время не получают с питанием необходимого количества основных минералов, влияющих на плотность костной ткани. Кальций вносит наибольший вклад в достижение пиковой костной массы, поэтому необходима его пищевая дотация. Однако, кроме минеральной коррекции питанием, улучшить фосфорно-кальциевый обмен возможно также с помощью физических упражнений. Целенаправленные занятия физическими упражнениями имеют исключительное значение для формирования опорно-двигательного аппарата детей [4].

Цель исследования – мониторинг и коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного возраста в условиях образовательного учреждения.

В исследовании приняли участие 89 детей дошкольного возраста от 5 до 7 лет. Экспериментальная группа включала 45 человек, занимаю-

шихся по предложенной методике коррекции нарушений опорно-двигательного аппарата в режиме дня дошкольников. Методика коррекции деформаций опорно-двигательного аппарата у детей экспериментальной группы была основана на принципах адаптивной физической культуры. Реализация методики осуществлялась на занятиях по адаптивному физическому воспитанию, физической реабилитации и двигательной рекреации. Во всех компонентах АФК при проведении занятий учитывались анатомо-физиологические особенности детского организма, а также тип ортопедических деформаций: диспластический, метаболический или дисгармонический. При этом решались не только специфические коррекционные задачи, но также воспитательные, образовательные и оздоровительные, комплексно воздействующие на психомоторное состояние детей дошкольного возраста. Контрольная группа включала 44 человека, которые занимались по общепринятой программе физического воспитания.

Для реализации поставленных задач был проведен анализ ортопедического статуса исследуемого контингента детей ДОУ № 139 и анализ содержания кальция в волосах по методу А. В. Скального, в лаборатории системной диагностики нарушений минерального обмена. Исследование показало, что целенаправленное использование двигательной активности с учетом имеющихся деформаций со стороны опорно-двигательного аппарата у детей, в условиях дошкольного учреждения является эффективным средством оздоровления и коррекции ортопедических нарушений.

Состояние опорно-двигательного аппарата оценивалось по следующим показателям: асимметрия положения головы и надплечий, дефанс шейно-затылочных мышц, нарушение осанки во фронтальной и сагиттальной плоскостях, сколиотическая осанка, рахитическая деформация грудной клетки, О- или Х-образная деформация голеней, продольное или поперечное плоскостопие, «косой» или «скрученный таз», диастаз белой линии живота, рекурвация в суставах,

длина нижних конечностей.

Представленные показатели ортопедического статуса были распределены по трем группам (табл.).

Комплекс корrigирующих упражнений проводился в течение четырех месяцев в режиме дня дошкольников.

Комплекс упражнений составлялся с учетом имеющихся деформаций со стороны опорно-двигательного аппарата, в зависимости от типа ортопедических нарушений: диспластического, метаболического или рахитического.

Динамика показателей ортопедического статуса у детей контрольной и экспериментальной групп представлена на рисунке.

По результатам исследований анализа состояния опорно-двигательного аппарата в процессе динамических наблюдений, у детей отмечалась тенденция к уменьшению асимметричного положения головы и надплечий в средней и старшей (4 – 6 лет) воз-

Таблица Группировка показателей ортопедического статуса дошкольников

№	Типы ортопедических нарушений	Показатели ортопедического статуса	F-включения
1	Диспластический	Рекурвация в суставах Гипермобильность позвоночника Диастаз белой линии живота Нарушение осанки в двух плоскостях	65,8 27,9 55,3 34,5
2	Метаболический	Деформация грудной клетки Плоскостопие О- или Х-образная деформация голеней Нарушение осанки в сагиттальной плоскости	29,1 44,3 18,5 29,4
3	Дисгармонический	Асимметрия положения головы Разновеликость ног Деформация таза Нарушение осанки во фронтальной плоскости	18,2 26,3 27,3 15,2

растных подгруппах экспериментальной группы.

Отмечалось уменьшение асимметричного положения надплечий во всех возрастных подгруппах экспериментальной группы: в средней на 14%, старшей на 24%, подготовительной на 15%.

У детей контрольных групп средней и старшей подгрупп положение головы и надплечий не имело существенных изменений в процессе динамических наблюдений.

Асимметрия положения головы и надплечий имеет прямую корреляционную связь с нарушением осанки во фронтальной плоскости. Под-

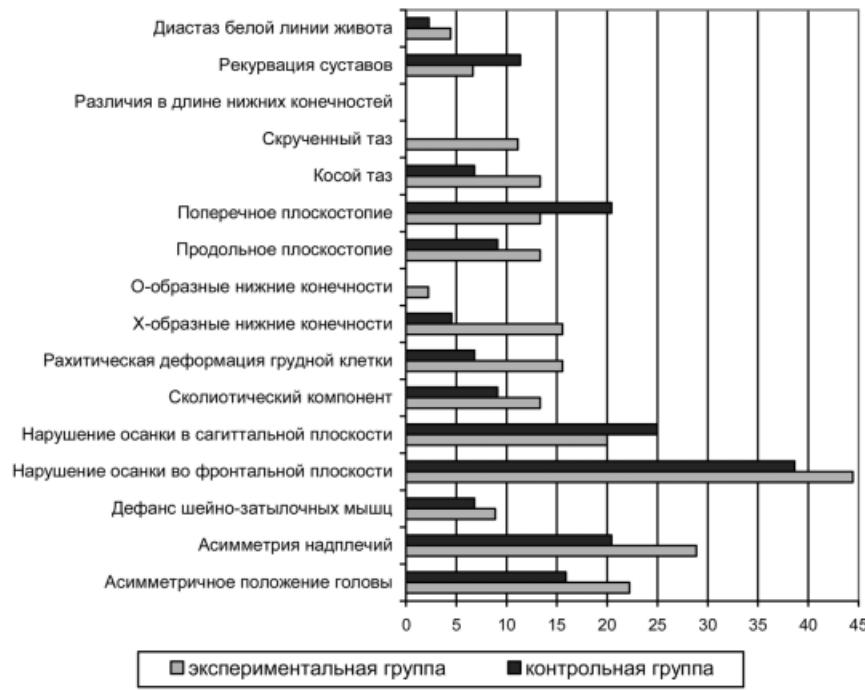


Рис. Динамика показателей опорно-двигательного аппарата у исследуемого контингента детей (%).

тверждением служит уменьшение количества детей с нарушениями осанки во фронтальной плоскости, как в контрольной, так и в экспериментальной группах. Однако в экспериментальной группе тенденция к снижению нарушений осанки во фронтальной плоскости более выражена, чем в контрольной группе.

Подобную тенденцию можно наблюдать и у детей контрольной и экспериментальной групп при оценке показателей нарушения осанки в сагittalной плоскости. Нарушения осанки в сагittalной плоскости у детей средней возрастной подгруппы экспериментальной группы уменьшились на 28%, в контрольной группе на 27%, у детей старшей возрастной подгруппы экспериментальной группы уменьшились на 8%, в контрольной группе осанка не изменилась и в подготовительной подгруппе, как в контрольной, так и в экспериментальной группах улучшения произошли на 26%.

Рахитические проявления у детей дошкольного возраста характеризуются деформацией грудной клетки в виде развернутой нижней апертуры, X-образной деформацией голени и плосковальгусной деформацией стоп.

В средней возрастной подгруппе показатели деформации грудной клетки у детей экспериментальной группы улучшились на 36% по сравнению с контрольной группой, где улучшения не наблюдалось; у детей экспериментальной группы старшей подгруппы улучшение произошло на 16%, в контрольной группе – без изменений и у детей экспериментальной группы подготовительной подгруппы улучшение произошло на 33% по сравнению с детьми контрольной группы, у которых также не выявлено улучшения состояния груд-

ной клетки. При этом X-образная деформация голени у детей экспериментальной группы средней возрастной подгруппы уменьшилась на 34%, старшей – на 8% и подготовительной на 15%.

При исследовании детей как контрольной, так и экспериментальной групп выраженных изменений в показателях плоскостопия не выявлено. Данную тенденцию можно объяснить как периодом формирования продольного и поперечного сводов стоп, который продолжается до школьного возраста, так и отсутствием в нашей методике целенаправленных упражнений, направленных на формирование сводов стоп. Подобная картина прослеживается по характеристикам таза (косой, скрученный) у детей контрольной и экспериментальной групп всех возрастных подгрупп.

Наличие рекурвации суставов (коленных, локтевых, лучезапястных) и диастаза белой линии живота свидетельствует о соединительнотканной дисплазии, поэтому существенной положительной динамики данных показателей у детей как контрольной, так и экспериментальной групп всех возрастных подгрупп не выявлено, так как синдром соединительной дисплазии в незначительной степени зависит от применения в методике средств физического воспитания и АФК, а в большей степени зависит от дефицита коллагенового комплекса.

Заключение

Анализ состояния опорно-двигательного аппарата у исследуемого контингента детей свидетельствует о том, что наиболее существенные сдвиги наблюдаются у детей экспериментальной группы. Особенно выраженная положительная динамика отмечается по следующим пока-

зателям: асимметричное положение головы и надплечий, нарушения осанки во фронтальной и сагиттальной плоскости, рахитическая деформация грудной клетки. Незначительная динамика либо её отсутствие отмечается по показателям деформации таза, стоп, рекурвации суставов и диастаза белой линии живота. При этом, нами выявлено, что наибольший эффект наблюдается под влиянием применения предложенной методики коррекции опорно-двигательного аппарата, направленной на формирование навыка правильной осанки и создание мышечного корсета.

Исходный уровень содержания кальция в волосах у детей регистрировал дефицит кальция у 95% детей. Через четыре месяца дефицит кальция отмечен только у 65% детей, то есть положительная динамика составила 30%.

Проведенное исследование показало, что целенаправленное использование двигательной активности с учетом имеющихся деформаций со стороны опорно-двигательного аппарата у детей в условиях дошкольного учреждения является эффективным средством оздоровления и коррекции ортопедических нарушений.

Литература

- Солодков А. С., Есина Е. И. Физическое и функциональное развитие детей дошкольного возраста Санкт-Петербурга // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – М., 1999. - № 1. - С. 12-15.
- Скальный А. В. Химические элементы в физиологии и экологии человека // учебное пособие. – М.: Оникс 21 век, 2004. – 215 с.
- Якубова И. Ш. Гигиеническое обоснование системы управления здоровьем детей в дошкольных образовательных учреждениях: дис. ... д-ра мед. наук. – СПб.: Нижний Новгород, 2001. – 255 с.
- Максимова Н. С. Формирование правильной осанки с помощью применения физических упражнений // Физическая культура дошкольников: сб. трудов всероссийской научно-практической конференции. – Волгоград: Изд-во ВГАФК, 2009. - С. 209 – 211.

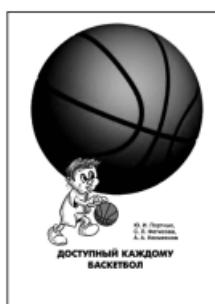
НОВЫЕ ПУБЛИКАЦИИ

УДК 796

Портных Ю. И., Фетисова С. Л., Несмеянов А. А. **Доступный каждому баскетбол / Пособие для спортсменов и тренеров.** — СПб., «АНТТ-Принт», 2011. — 152 с.: ил.

Пособие раскрывает современную методику начального обучения игре в баскетбол для всех любителей этой замечательной игры в целях успешного решения задач физического воспитания, спортивной подготовки и рекреации детей, подростков и молодёжи, а также реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Большинство методик – авторские или существенно модифицированные разработки.

Издание адресовано спортсменам, тренерам-преподавателям, педагогам, руководителям спортивных учреждений; будет интересно и широкому кругу читателей – любителям баскетбола.



Возрастные закономерности развития двигательных способностей юношей 11-16 лет с нарушением интеллекта

Литош Н. Л., кандидат педагогических наук, доцент
Парыгин Е. П., аспирант

Сибирский государственный университет физической культуры и спорта, г. Омск

Ключевые слова: двигательные способности, факторная структура, возрастные особенности, спортивная программа, мини-футбол, умственно отсталые юноши.

Аннотация. В статье представлены результаты исследования возрастных особенностей развития двигательных способностей юношей 11-16 лет с легкой степенью умственной отсталостью. Выявлена факторная структура, определяющая развитие двигательных способностей умственно отсталых юношей 11-16 лет.

Контакт: omsafk@mail.ru

Age-related patterns of development of motor abilities of boys 11-16 years old with intellectual disturbance

Litosh N. L., PhD, Assistant Professor

Parygin E. P., postgraduate student

Siberian State University of Physical education and Sport, Omsk

Keywords: impellent abilities, factorial structure, age features, the sports program, minifootball, mentally retarded young men.

Abstract. In this article the results of research of age features of development of impellent abilities of young men of 11-16 years with easy degree of mental retardation are presented. Factorial structure defining development of impellent abilities of mentally retarded young men of 11-16 years is tapped.

Актуальность. Адаптивный спорт имеет социальную значимость в отвлечении людей от своих болезней и проблем в процессе тренировочной и соревновательной деятельности, воспитывает морально-волевые качества и развивает основные двигательные качества: быстроту и точность движений, ловкость, силу, выносливость [2].

Спортивная деятельность существенно повышает социальный статус умственно отсталых детей и подростков, создаёт дополнительные предпосылки расширения их социально-пространственной мобильности.

Формами дополнительного физкультурного образования умственно отсталых школьников являются учебно-тренировочные занятия по программам специализированной спортивной подготовки в избранном виде спорта, способствующие повышению уровня физической подготовленности, овладению навыками спортивных двигательных действий [3].

Одним из видов адаптивного спорта является мини-футбол, который позволяет задействовать большое количество участников. Мини-футбол – одно из эффективных средств адаптивного спорта, решающее основную задачу по адаптации

людей, имеющих отклонения в умственном развитии, к физическим и социальным условиям окружающей среды.

Развитие волевых качеств, тактического мышления и многое другое – все это позволяет считать мини-футбол такой спортивной игрой, которая способствует совершенствованию двигательных способностей, необходимых каждому человеку в его повседневной жизни [1].

Отсутствие научно-обоснованных методик спортивной подготовки умственно отсталых детей и подростков по игровым видам спорта на основе учета возрастных закономерностей развития двигательных способностей определило актуальность темы нашего исследования.

Объектом исследования является процесс развития двигательных способностей юношей с нарушением интеллекта.

Предметом исследования является методика спортивной подготовки по мини-футболу юношей 11–16 лет с легкой степенью умственной отсталости.

Гипотезой исследования явилось предположение о том, что выявление возрастных особенностей развития двигательных способностей умственно отсталых школьников и обоснование

ние соотношения видов и средств спортивной подготовки позволит определить содержание учебно-тренировочного процесса подростков и юношей с нарушением интеллекта по мини-футболу.

Цель исследования: совершенствование процесса дополнительного физкультурно-спортивного образования умственно отсталых детей, подростков и юношей с нарушением интеллекта, повышение их социальной адаптации в обществе.

Задачи исследования:

1. Изучить возрастные особенности и выявить факторную структуру двигательных способностей юношей 11–16 лет с нарушением интеллекта.

2. Обосновать соотношение основных видов и средств спортивной подготовки в мини-футболе на основе учета возрастных закономерностей развития двигательных способностей у юношей 11–16 лет с нарушением интеллекта.

Организация исследования. Для изучения уровня развития двигательных способностей детей и подростков с нарушением интеллекта нами проведено педагогическое тестирование умственно отсталых юношей в возрасте 11–16 лет занимающихся и не занимающихся спортом. Всего в исследовании приняли участие 160 юношей специальных (коррекционных) школ и школ-интернатов 8-го вида №№ 5, 12, 16, 18, г. Омска.

Полученные результаты обработаны для следующих возрастных групп: 11, 12, 13, 14, 15, 16 лет.

При выборе тестов для исследования развития двигательных качеств умственно отсталых юношей мы применяли тесты, отвечающие требованиям стандартизации. Мы исходили из необходимости подбора тестов, соответствующих двигательным возможностям умственно отсталых школьников и позволяющих оценить уровень развития основных физических способностей, характерных для мини-футбола.

Для определения уровня развития двигательных способностей нами были использованы следующие **двигательные тесты**: для оценки быстроты – бег на дистанции 30 и 60 метров; скоростно-силовых качеств – прыжок в длину с места, бросок на-

бивного мяча (1 кг) из положения сидя; силы – подтягивание на перекладине, анаэробной выносливости – бег на дистанции 300 метров.

Методика и результаты исследования. Изучение динамики результатов в беге на 30 метров проводилось по времени преодоления этой дистанции в секундах. Результаты, показанные умственно отсталыми юношами 11–16 лет, представлены на рисунке 1.

Величина результатов с возрастом равномерно улучшается – от 7 с у юноши в возрасте 11 лет до 4,9 с у 16-летних. Общие темпы прироста показателей теста «Бег на 30 метров» между возрастными группами 11 лет и 16 лет составляют 35,2%.

Зависимость между возрастом и результатом носит практически линейный характер, за исключением возрастных диапазонов 13 и 14 лет, когда изменение результатов между указанными возрастными группами статистически недостоверно.

Динамика результатов умственно отсталых юношей в беге на 60 метров представлена на рисунке 2.

Величина показателей теста «Бег на 60 м» у умственно отсталых юнош с возрастом улучшается и распределается в интервале от 12,1 с у 11-летних до 9,3 с у 16-летних. Таким образом, общие темпы прироста результатов между указанными возрастными группами составляют 26,3%.

Показатели теста «Бег на 60 м» во всех возрастных группах соответствуют закону нормального распределения.

Изучение динамики показателей теста «Прыжок в длину с места» производилось по дальности прыжка, произведенного толчком двух ног с приземлением на две ноги. Динамика результатов теста «Прыжок в длину с места» представлена на рисунке 3.

Величина результатов теста «Прыжок в длину с места» у умственно отсталых юношей увеличивается от 148 см у 11-летних до 192 см у 16-летних. Общие темпы прироста составляют 25%.

Наибольшие темпы прироста результатов у умственно отсталых юнош между ближайшими возрастными группами наблюдаются в период

с 12 до 13 лет (16,4%), а затем наступает стагнация в развитии и в последующие периоды статистически достоверных различий между изучаемым показателем в ближайших возрастных группах не выявляется.

Динамика показателей в тесте «Метание набивного мяча сидя из-за головы» представлена на рисунке 4.

Темпы прироста результатов теста «Метание набивного мяча сидя из-за головы» у юнош 11–16 лет с нарушением интеллекта от 11 до 16 лет составили 69,8%.

В возрастной период 11–14 лет наблюдается практически линейное увеличение показателей теста «Метание набивного мяча сидя из-за головы» от 243,6 см в возрасте 11 лет до 445,4 см в возрасте 14 лет.

В возрастной группе 14–15 лет происходит незначительное, статистически недостоверное ухудшение результата, а в следующем возрастном диапазоне 15–16 лет наблюдается статистически достоверное улучшение (на 13,1%) результатов теста «Метание набивного мяча сидя из-за головы».

Изучение динамики развития такого качества, как сила, проводилось на основании результатов в teste «Подтягивание на перекладине» по количеству выполнения задания. Динамика результатов в этом teste представлена на рисунке 5.

Величина результатов данного teste характеризуется достаточно неравномерным распределением показателей в каждой возрастной группе. В этой связи, между «соседними» возрастными группами статистически достоверных различий не наблюдается, за исключением возрастного диапазона 14–15 лет, где прирост результатов (33,8%) статистически достоверен.

Изучение динамики результатов в беге на 300 метров производилось по времени преодоления этой дистанции. Динамика результатов умственно отсталых юнош в беге на 300 метров представлена на рисунке 6.

Результаты юнош в беге на 300 метров характеризуются неравномерностью их изменения с возрастом. С возрастом происходит улучшение показателя на 12% (с 67,6 с в 11 лет до 58 с в возрасте 16 лет), однако

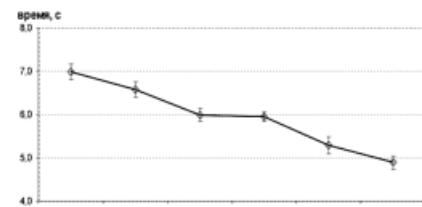


Рис. 1. Динамика показателей теста «Бег на 30 м» у умственно отсталых юнош 11–16 лет.

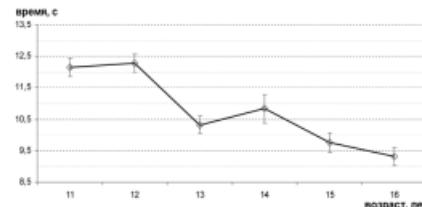


Рис. 2. Динамика показателей теста «Бег на 60 м» у умственно отсталых юнош 11–16 лет.

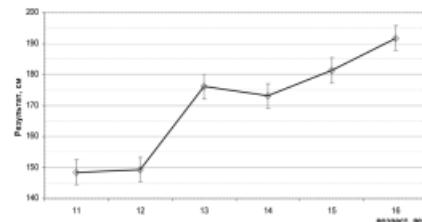


Рис. 3. Динамика показателей теста «Прыжок в длину с места» у умственно отсталых юнош 11–16 лет.

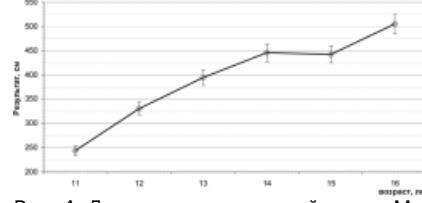


Рис. 4. Динамика показателей теста «Метание набивного мяча сидя из-за головы» у умственно отсталых юнош 11–16 лет.

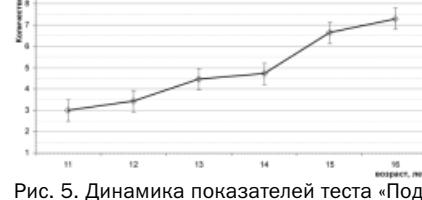


Рис. 5. Динамика показателей теста «Подтягивание на перекладине» у умственно отсталых юнош 11–16 лет.

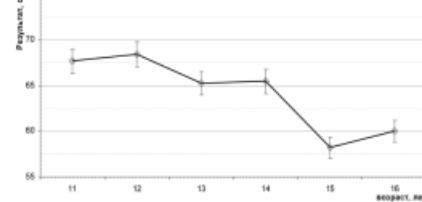


Рис. 6. Динамика показателей теста «Бег на 300 метров» у умственно отсталых юнош 11–16 лет.

это изменение нелинейно. Так, в возрастных диапазонах 11–12 лет и 15–16 лет происходит некоторое ухудшение данного показателя, но это имеет недостоверный характер.

Показатели теста «Бег на 300 метров» во всех возрастных группах соответствуют закону нормального распределения.

Результаты проведенного нами изучения возрастной динамики двигательных способностей умственно отсталых юношей 11–16 лет согласуются с данными исследований Дмитриева А. А. (1985), Астафьева Н. В. (1997), Литош Н. Л. (1998), О. А. Барабаш (2005). Авторы также указывают на неравномерный характер развития двигательных способностей умственно отсталых юношей среднего и старшего школьного возраста.

Полученные результаты проведенного исследования по изучению возрастных особенностей развития двигательных способностей умственно отсталых школьников позволили нам определить направленность педагогических воздействий учебно-тренировочного процесса, структуру и содержание основных средств спортивной подготовки юношей 11–16 лет с нарушением интеллекта на определенных этапах (годах) обучения по мини-футболу [4].

С целью изучения структуры двигательных способностей умственно отсталых юношей применялся метод факторного анализа. Факторы, определяющие специфику развития двигательных способностей умственно отсталых юношей 11–16 лет, мы определяли с помощью метода главных компонент без применения ротации для следующих возрастных групп юношей: 11, 12, 13, 14, 15, 16 лет и возрастной группы 11–16 лет в целом.

У мальчиков 11 лет выявлено 3 ортогональных фактора, вклад которых в обобщенную дисперсию составил 71%. Факторы определяются развитием: скоростно-силовых качеств (27,2%); скоростно-силовых качеств и координации движений (23,8%); быстроты (19,9%).

У мальчиков 12 лет выявлено 3 ортогональных фактора, вклад которых в обобщенную дисперсию составил 71%. Факторы определяются развитием: быстроты (28%); скоростных качеств (24%); скоростно-силовых качеств и координаций движений (19%).

У юношей 13 лет выявлено 3 ортогональных фактора, вклад которых в обобщенную дисперсию составил 72%. Факторы определяются развитием: скоростных и скоростно-силовых качеств, координацией движений (30%); скоростно-силовых качеств и выносливости (23%); быстроты (19%).

У юношей 14 лет выявлено 3 ортогональных фактора, вклад которых в обобщенную дисперсию составил 68%. Факторы определяются развитием: быстроты (28%); силы, скоростной выносливости (21%); силы рук (19%).

У юношей 15 лет выявлено 3 ортогональных фактора, вклад которых в обобщенную дисперсию составил 75%. Факторы определяются развитием: скоростно-силовых качеств и выносливости (34%); силы (24%); координации движений (17%).

У юношей 16 лет выявлено 3 ортогональных фактора, вклад которых в обобщенную дисперсию составил 74%. Факторы определяются развитием: скоростно-силовых качеств (30%); быстроты и силы (25%); быстроты (19%).

Возрастные закономерности развития двигательных способностей у умственно отсталых юношей с 11 до 16 лет определяются: в большей мере – развитием скоростно-силовых качеств и силы (27,7%); в меньшей мере – быстрой движений и динамическими координационными способностями (23,4%); в наименьшей мере – силовой выносливостью рук (21,4%).

Выявленные в результате исследования возрастные закономерности, определяющие развитие двигательных способностей юношей 11–16 лет, явились обоснованием для определения соотношения основных разделов специализированной спортивной подготовки по мини-футболу и составления учебного плана занимающихся на этапе начальной и углубленной специализации [4].

Нами разработана программа многолетней спортивной подготовки «Мини-футбол» для умственно отсталых юношей 11–16 лет, занимающихся в учебно-тренировочных группах (УТГ). В программе специализированной спортивной подготовки в ми-

ни-футболе для умственно отсталых подростков и юношей соотношение средств общей физической, специальной и технико-тактической подготовки составляет:

УТГ-1 – 60% : 25% : 15%;
УТГ-2 – 55% : 30% : 15%;
УТГ-3 – 45% : 35% : 20%;
УТГ-4 – 40% : 40% : 20%;
УТГ-5 – 35% : 40% : 25%.

К числу основных положений программы спортивной подготовки умственно отсталых школьников «Мини-футбол» относятся: доступность программы, принципы разработки приёмно-переводных нормативов, соотношение средств общей физической, специальной физической, технико-тактической подготовки на этапах многолетней спортивной тренировки, условия комплектования групп УТГ.

Разработанная программа «Мини-футбол» рекомендована для внедрения в практику спортивной подготовки умственно отсталых юношей по адаптивной физической культуре (специализация мини-футбол) в условиях деятельности детско-юношеских спортивно-адаптивных школ (ДЮСАШ).

Выводы

Разработанная нами программа специализированной спортивной подготовки «Мини-футбол» носит комплексный характер, основана на возрастной динамике и закономерностях развития двигательных способностей умственно отсталых юношей 11–16 лет и имеет практическое значение для социально-трудовой адаптации и интеграции в обществе выпускников специальных (коррекционных) школ 8-го вида.

Литература:

1. Андреев С. Н. Мини-футбол. Многолетняя подготовка юных футболистов в спортивных школах - М., 2008.
2. Веневцев С. И. Адаптивный спорт для лиц с нарушением интеллекта / С. И. Веневцев. - 2-изд., доп. и испр. - М.: Спорт, 2004. – 90 с.
3. Концепция дополнительного физкультурно-спортивного образования умственно отсталых школьников / Н. В. Астафьев, А. С. Самыличев. – Омск, 1997. – 39 с.
4. Литош Н. Л., Парыгин Е. П. Спортивная подготовка в мини-футболе юношей 11-16 лет с нарушением интеллекта / Н. Л. Литош, Е. П. Парыгин. // Адаптивная физическая культура. - 2010. - №4. – С. 45-53.

Клубная система адаптивного спорта – база для подготовки волонтёров

Махов А. С., кандидат педагогических наук, доцент

Шуйский государственный педагогический университет

Ключевые слова: волонтёры, волонтёрская деятельность, студенты вузов, клубная система адаптивного спорта.

Аннотация. В работе анализируются основные подходы к подготовке волонтёров в рамках клубной системы адаптивного спорта.

Контакт: alexm-77@list.ru

Adaptive Sports Club - a base for training volunteers

Makhov A. S., PhD, Assistant Professor

Shuya State Pedagogical University

Keywords: volunteers, voluntary activities, high school students, club system of adaptive sport.

Abstract. The paper analyzes the main approaches to training volunteers within the club system of adaptive sports.

Введение

Волонтёр (*от фр. Volontaire*) – это поступивший на военную службу по своему желанию, доброволец. Волонтёр в современном понимании – это доброволец, услугами которого чаще пользуются многие государственные и общественные организации, в т. ч. службы социальной защиты, общества инвалидов и т. д. [6].

Молодежное волонтерское движение зародилось в 20-х годах прошлого столетия после Первой мировой войны. В 1920 году во Франции близ Вердена был осуществлен первый проект волонтёрского лагеря с участием немецкой и французской молодежи под лозунгом «Лучше работать вместе, чем воевать друг против друга», в рамках которого волонтеры восстанавливали разрушенные Первой мировой войной фермы. Денег за свою работу волонтеры не получали, но исправно обеспечивались заинтересованной стороной проживанием, питанием и медицинским страхованием – этот принцип организации волонтерского труда сохранился и по сей день. Идея разнеслась по всей планете. В 60-х возникают десятки волонтерских программ с миротворческой миссией подружить Восточную и Западную Европы. Идея «навалиться всем миром» на решение какой-либо проблемы находит многочисленных сторонников и энтузиастов и работает очень эффективно. Особенно популярна она в таких благополучных странах, как США, Англия, Германия, Испания, Франция, Финляндия, Швейцария и др. В во-

лонтерском движении участвуют студенты, преподаватели вузов, люди самых разных профессий – вполне благополучные и респектабельные, но предпочитающие проводить свой отпуск в активном созидании.

Волонтёры предлагают свою помощь таким социальным категориям граждан как: престарелые, беспризорные дети и молодёжь, бездомные, люди с ограниченными возможностями здоровья (инвалиды), мигранты, беженцы и другие;

- участвуют в благоустройстве и обустройстве дворов, участков, городских улиц;

- организуют экологические марши, уборку мусора и загрязнений;

- ведут просветительские беседы, направленные на профилактику наркомании, СПИДа, подростковой преступности, пропаганду здорового образа жизни;

- проводят благотворительные концерты и театральные выступления;

- участвуют в подготовке и проведении спортивных мероприятий.

В настоящее время организации из 50 стран мира, объединенные координационным советом при ЮНЕСКО, ежегодно проводят более пятисот международных молодежных рабочих лагерей. Правительства стран, где проводятся эти мероприятия, оказывают поддержку волонтёрскому движению, приобретшему поистине глобальный характер. Принцип, по которому работают волонтеры, один: проект должен быть социально-значимым, полезным людям [5].

В России волонтерское движение стало зарождаться в конце 80-х годов XX века, хотя, если заглянуть в историю, следует признать, что оно существовало всегда, например, в виде службы сестер милосердия, тимуровского и пионерского движений, всевозможных обществ охраны природы и памятников, в виде субботников. Свое современное развитие волонтерское движение получило в связи с растущим числом социальных проблем, в решении которых при современной экономической ситуации волонтеры незаменимы.

В Российской Федерации волонтеры (в отличие от существовавших когда-то пионерской и комсомольской организаций) не объединены и не имеют единой государственной или негосударственной поддержки. Говорить о волонтерском движении как о явлении можно, только учитывая, что все волонтеры руководствуются в своей деятельности одним общим принципом – бескорыстно помогать людям [2].

Причины вступления в ряды волонтеров разнообразны:

- психологическая потребность быть нужным человеку;

- интерес к выбранной деятельности, т. к. она изобилует нестандартными подходами и новыми возможностями;

- общение, расширяется география знакомства с волонтерами из других организаций, городов;

- возможность поделиться своим и приобрести новый опыт [2].

В своей деятельности волонтеры придерживаются общих морально-этических норм:

1. Волонтёр не может требовать и принимать материальное вознаграждение за свою работу.

2. В своей деятельности волонтер всячески избегает какой-либо дискриминации на основе возраста, пола, национальности, вероисповедания, сексуальной ориентации, того или иного физического или психического расстройства, языка, социоэкономического статуса или иного признания, оговоренного в законе.

3. Волонтёр не имеет права осуществлять действия, которые могут оскорбить или унизить честь и достоинство людей [7].

В настоящее время всё более популярным и актуальным становится волонтёрское движение по отношению к людям с ограниченными возможностями здоровья, в том числе на всевозможных спортивных мероприятиях. Волонтёр, который работает с инвалидами, помимо соблюдения общепринятых волонтёрских принципов, должен обладать рядом личностных качеств, соответствующих специфике контингента, которому предлагается помочь:

- быть терпимым, снисходительным к чужим недостаткам, быть способным принимать (признавать) существование отличающихся от тебя людей [1];
- уметь сопереживать человеку с ограниченными возможностями здоровья.

В преддверии Паралимпиады в Сочи в 2014 году наиболее остро стоит вопрос о качестве подготовки волонтёров. В связи с этим целесообразно предлагать участвовать в волонтёрском движении в первую очередь студентам вузов, осуществляющим подготовку специалистов по адаптивной физической культуре, адаптивному спорту, физической реабилитации. Безусловно, не приходится говорить о полноценной подготовке волонтёров для соревнований уровня Паралимпиады, среди студентов, освоивших курс дисциплин учебного плана образовательных программ по подготовке бакалавров и магистров по адаптивной физической культуре. По той простой причине, что эти программы в полном объеме не охватывают всех специфических проблем волонтерского движения. Россия вообще не имеет опыта проведения Паралимпийских игр. Наша страна не приняла ни одного Чемпионата мира по спорту для инвалидов. Оглядываясь в недалекое прошлое, с сожалением можно отметить, что в Советском Союзе в лексиконе спортивных чиновников вообще не существовало понятия «спорт инвалидов» [4].

Подготовку, обучение волонтёров для соревнований среди спортсменов-паралимпийцев можно и нужно организовать в рамках клубной системы адаптивного спорта. Здесь могут быть созданы все условия для

подготовки волонтёров, поскольку есть и педагогические кадры и контингент, если не подготовленных, то профессионально ориентированных слушателей. Выпускники, прошедшие курс подготовки волонтёров в клубной системе адаптивного спорта в дальнейшем сами могли бы стать «катализаторами, центрами кристаллизации», вокруг которых собирались бы новые и новые желающие стать добровольными помощниками людей с ограниченными возможностями здоровья.

В настоящее время нет общих правил по подготовке волонтёров для адаптивного спорта. В любом случае все предлагаемые методики обучения волонтёров должны быть опробованы в процессе подготовки спортивных мероприятий с участием спортсменов-инвалидов. Именно там создаются идеальные площадки для тренингов и курсов по теоретической и практической подготовке кадров. Безусловно, к подготовке волонтёров необходимо привлечение специалистов из числа педагогов, психологов, социологов, менеджеров, юристов. А сами волонтёры, прошедшие обучение по той или иной методике, должны получить стажировку на реальных соревнованиях с участием спортсменов с ограниченными возможностями здоровья.

Неоценимую помощь может окказать изучение опыта использования службы волонтеров во время проведения Паралимпийских, и Специальных Олимпийских игр, например, в Китае, где к каждому участнику соревнований был персонально прикреплен один (или даже несколько) компетентно подготовленный, волонтер.

Методика

С целью определения предпосылок и условий эффективного формирования знаний и умений волонтёрской деятельности у студентов специальности «Адаптивная физическая культура» мы провели опросы студентов. Интервью и анкетирование проводились с 24 по 27 октября 2010 года в г. Уфа во время VIII Всероссийской универсиады студентов, обучающихся по специальности адаптивная физическая культура.

В исследовании участвовали и студенты Шуйского государственного педагогического университета, не принимавшие участие в универсиаде. Было опрошено 137 респондентов – студенты 17 вузов РФ: ЗабГТПУ (Чита), ВятГТУ (Киров), СГАФКСиТ (Смоленск), ПГУ им. Ломоносова (Архангельск), ПГПУ (Пермь), ТГУ (Тольятти), СурГУ (Сургут), СурГПУ (Сургут), УлГУ (Ульяновск), СибГУФК (Омск), НГУ им. П. Ф. Лесгафта (Санкт-Петербург), ИСПиП им. Р. Валленberга (Санкт-Петербург), ЧГИФК (Чайковский), БИФК (Уфа), СИФК (Стерлитамак), ПГАФКиС (Набережные Челны), РГУФКСиТ (Москва), ШГПУ (Шуя).

Результаты и их обсуждение

В ходе педагогического эксперимента выяснилось, что на отсутствие спортивных клубов для лиц с инвалидностью при вузах указали студенты 15 вузов исследуемой группы. Только в двух вузах зафиксирован факт осуществления физкультурно-спортивной деятельности с людьми с ограниченными возможностями – РГУФКСиТ (Москва), ШГПУ (Шуя). Создание подобного клуба при вузе, реализующем подготовку специалистов по АФК, способствовало бы как формированию готовности выпускников к трудуустройству по выбранному профилю [3], так и подготовке волонтёров для клубной системы адаптивного спорта. Возможности клуба предполагают проведение достаточного количества соревнований среди инвалидов различных нозологических групп, что способствует формированию знаний, умений, навыков и личных качеств волонтера спорта инвалидов.

Волонтёры спортивно-оздоровительного клуба инвалидов «Пингвин» Шуйского государственного педагогического университета в течение 2009-2010 года совместно с преподавателями организовали на базе своего вуза пять спортивных мероприятий внутриклубного, городского, областного и межрегионального масштабов. Кроме того, приняли участие в четырёх мероприятиях, организованных органами местного самоуправления, в том числе в параспартакиаде Центрального федерального

округа. В рамках парапаралимпийской параспартакиады преподавателями, совместно со спортсменами-паралимпийцами, судьями и представителями региональных органов власти были организованы семинары и круглые столы по поиску основных направлений и путей позитивного развития адаптивной физической культуры. В числе прочих активно обсуждались вопросы компетентности волонтера спорта инвалидов в разных областях знаний.

Большинство вузов организуют на своей базе спортивные праздники для людей с ограниченными возможностями один раз в год. Как правило, это международный день инвалидов. В вузах Омска, Набережных Челнов, Сургута, Чайковского, Читы, Москвы, Архангельска инвалиды соревнуются три раза в год. Студенты из Перми, Стерлитамака, Смоленска, Кирова вообще не проводят соревнования с инвалидами на базе своих вузов.

О наличии общественных спортивных объединений в своих городах, осуществляющих физкультурно-спортивную работу с инвалидами, указали 70% респондентов. Однако в большинстве городов, несмотря на то, что они являются областными центрами, существует, по мнению студентов, не более двух-трёх подобных объединений.

На вопрос: «Если бы они были чиновниками, то какие бы они предприняли меры для того, чтобы физическими упражнениями и спортом занималось как можно больше инвалидов?» – студенты из Читы, Сургута, Ульяновска, Чайковского, Санкт-Петербурга, Уфы, Шуи указали на создание большего количества клубов для лиц с инвалидностью. 82 процента респондентов нашли бы средства на строительство специализированных спортивных объектов. Повысили бы заработную плату тренерам спортивных команд инвалидов – 66% опрошенных.

Волонтерская деятельность не ограничивается только физической помощью людям с ограниченными возможностями здоровья – считает 41% студентов. Волонтеры могут взять на себя большую и трудоёмкую работу по решению с помощью анкетирования и интервьюирования спортсменов-инвалидов на соревнованиях раз-

личного уровня аналитических задач, что, явилось бы толчком в развитии системы адаптивного спорта. В рамках подобных исследований могут быть выявлены требования к уровню проведения соревнований, удовлетворённость качеством проведённых мероприятий, как соревновательного компонента, так и бытового.

Внедрение результатов исследований способствует оптимизации системы управления развитием адаптивного спорта в России.

Выходы

На основе результатов, полученных в ходе исследования, выяснилось, что подготовка волонтёров для системы адаптивного спорта будет осуществляться качественней и эффективней в рамках деятельности спортивных клубов на местах, в результате проведения достаточного количества соревнований в регионах, организации курсов и тренингов с привлечением профильных специалистов.

Требования к качественной подготовке волонтера системы адаптивного спорта носят специфический характер. Они обусловлены ограничениями в состоянии здоровья подопечных. В развитии многих видах адаптивного спорта требуется непосредственное участие волонтеров, исполняющих на дистанции роли лидеров. Например, в соревнованиях по лыжным гонкам для слепых и слабовидящих или лёгкой атлетике.

Работа волонтерской организации позволяет инвалидам вести активный образ жизни (заниматься спортом, принимать участие в соревнованиях, общаться, развивать свой творческий потенциал и. т. д.), что является важнейшим социальным фактором, способствующим эффективной интеграции людей с ограниченными возможностями в общество.

В России на государственном уровне нет организаций, курирующих и регламентирующих деятельность волонтерского движения, желающих дать возможность его развитию. Но есть желание выявить потенциальных волонтеров и получить от них бесплатную помощь.

Наиболее эффективной формой развития волонтерского движения

среди молодёжи является спортивно-оздоровительный клуб адаптивного спорта, созданный на базе вуза, реализующего подготовку специалистов, бакалавров и магистров, в сфере адаптивной физической культуры. Студенты этой образовательной программы, по зову души став волонтёрами – добровольными бескорыстными помощниками – получат возможность реализовать свои сформировавшиеся жизненные принципы и установки на практике, будут способствовать развитию массового адаптивного спорта, и совершенствовать свои дополнительные профессиональные навыки. В условиях такой формы развития волонтерского движения вуз, при поддержке государства, мог бы взять на себя обязанности по обучению волонтеров, оплате их проезда на место соревнований, проживания, питания и экипировки.

Источники информации

1. Балашова, В. Ф. Компетентность специалиста по адаптивной физической культуре / В. Ф. Балашова. – М.: Физическая культура, 2008. – 245 с.
2. Волонтерское движение в России. Справка [Электронный ресурс]: <http://www.rian.ru/spravka/20100521/236982093.html> (дата обращения: 02. 11. 2010).
3. Махов А. С. Место спортивно-оздоровительного клуба инвалидов в университете для обучения студентов специальности «Адаптивная физическая культура». Журнал «Адаптивная физическая культура» № 4 (44), 2010. С. 48-50
4. Разуваев, В. Сочинская практика: Волонтерское движение начинается с нуля. Журнал «Московский спорт без границ», 3 – 2009 год.
5. Скрякова Е. Международное волонтерское движение. Центр демократических молодых инициатив [Электронный ресурс]: <http://www.blogseo.ru>
6. Ушаков, Д. Н. Большой толковый словарь современного русского языка – М.: «Альта-Принт», ООО «Издательство ДОМ. XXI век.», 2008. – VIII, 1239 с.
7. Этический кодекс добровольца. [Электронный ресурс]: <http://www.svoboda-iniciativ.ru> (дата обращения: 19. 02. 2011).

Мониторинг состояния здоровья школьников с депривацией зрения

Харченко Л. В., кандидат педагогических наук, доцент
Омский государственный университет имени Ф. М. Достоевского.

Андреев В. В., соискатель, старший преподаватель
Хакасский государственный университет имени Н. Ф. Катанова,
г. Абакан.

Ключевые слова: адаптивная физическая культура, физическое состояние, дети с депривацией зрения, здоровье, школа III, IV видов, мотивация, коррекция.

Аннотация. Результаты исследования состояния здоровья школьников 12 – 17 лет с депривацией зрения.

Контакт: dikarewa@mail.ru

Monitoring the health status of schoolchildren with deprivation of view

Kharchenko L. V., PhD, Assistant Professor,

Dostoyevsky's State University, Omsk

Andreyev V. V., candidate, senior lecturer

Katanov's State University of Khakassia, Abakan

Keywords: adaptive physical education, physical condition, children with deprivation of view; health, school III, IV species, motivation, correction.

Abstract. Results of the study the health status of children with deprivation of view 12 - 17 years.

Введение

Комплексный анализ данных общенационального мониторинга физического здоровья населения, физического развития детей, подростков, молодежи и социально-гигиенического мониторинга позволяет дифференцировать территории по состоянию физического здоровья (в части физического развития и физической подготовленности) и структуре заболеваемости. С. И. Израэль (2005) в основу разработки математической многомерной модели типологической классификации общественного здоровья в системе социально-гигиенического мониторинга использовал логическое классифицирование. Основными объектами такой разновидности типологической классификации являются реальные типы (территории), задаваемые комбинацией допустимых значений существенных признаков (физическое развитие, физическая подготовленность, заболеваемость). При этом существенные признаки составляют комплекс отличительных черт территорий в части состояния здоровья.

Целью такой классификации может являться:

- проведение анализа основного признака, определяющего структуру явления;
- распространение классификации на объекты – новые территории;

– установление связей между различными явлениями и характеристиками [3, с. 160 – 161].

Специалисты в области физической культуры, физическую готовность определяют как физическое состояние людей, которое позволяет успешно выполнять любые задачи, связанные с профессиональной и трудовой деятельностью.

Б. В. Ендельцев (2006) интегрально определяет физическое состояние и оценивает степень его соответствия требованиям. По мнению автора, физическое состояние включает физическое развитие, функциональное состояние и физическую подготовленность. Если функциональное состояние и физическую подготовленность можно определить количественно, то оценить физическое развитие таким образом не представляется возможным, хотя оно реализуется в функциях человека. Функциональное состояние и физическая подготовленность тесно взаимосвязаны, по показателям физической подготовленности можно судить о функциональных возможностях человека [1, с. 80].

Нами было проведено исследование по определению и оценке здоровья учащихся с депривацией зрения, произведено педагогическое тестирование и выполнен сравнительный анализ уровня физического состоя-

ния детей 12 – 17 лет с депривацией зрения, обучающихся в школе-интернате III, IV видов и учащихся общеобразовательных школ № 24 и № 25 г. Абакана, Республика Хакасия.

Проблема исследования.

Проблемой исследования является низкий уровень физического состояния учащихся 12 – 17 лет с нарушениями зрения, обучающихся в школах III, IV видов, в сравнении со сверстниками из общеобразовательных школ, отставание по отношению к возрастной норме.

Цель исследования.

Определить и дать оценку уровня здоровья, физического развития, функционального состояния и физической подготовленности школьников 12 – 17 лет, обучающихся в школе III, IV видов, для проведения педагогического эксперимента по комплексной коррекции физического состояния.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности зрительной функции и состояния здоровья учащихся 12 – 17 лет в школах III, IV видов.
2. Изучить особенности физического развития, учащихся 12 – 17 лет с депривацией зрения в сравнении со сверстниками из общеобразовательных школ.

Методы исследования:

- анализ научно-методической литературы;
- анализ медицинских карт;
- педагогическое тестирование;
- методы математической статистики.

Результаты исследования

Анализ офтальмологической карты и карты здоровья учащихся с депривацией зрения. Распределение на медицинские группы

Анализ состояния здоровья учащихся с депривацией зрения в школе III, IV видов г. Абакана производился на основе изучения медицинских карт, составленных с помощью медико-психологического диагностики, проводимой ежегодно по схеме, представленной на рисунке 1.

В первую очередь проанализирован офтальмологический показатель

учащихся. Составлена офтальмологическая карта учащихся школы III, IV видов:

- атрофия зрительного нерва – 20%
- нистагм – 15%
- анизометрия – 3%
- астигматизм – 3%
- агиопатия – 2%
- афакия – 16%
- амблиопия – 6%
- катаракта – 15%
- дистагм – 1%
- косоглазие – 24%
- микрофталм – 3%
- интропия – 3%
- гиперметропия – 17%
- миопия – 16%
- эзофория – 1%
- анофтальм – 5%
- хевит – 3%
- отслоение сетчатки – 1%
- субатрофия – 6%
- хориоретинит – 3%
- колобома – 1%
- экзотропия – 3%
- грыжа стекловидного тела – 1%
- малукопатия – 13%
- комплексное – 84%

Из общего числа обследованных школьников в возрасте 12–17 лет в основном диагнозе указаны различные заболевания зрительного анализатора, у 84% учащихся выявлены два и более заболевания зрительного анализатора.

Наиболее распространенными заболеваниями у школьников являются афакия, катаракта, косоглазие, гиперметропия, миопия, нистагм, атрофия зрительного нерва, малукопатия.

Кроме офтальмологического диагноза у большинства учащихся с депривацией зрения выявлены сопутствующие заболевания, из них у 87% учащихся заболевания комплексные (рис. 2).

Первое место среди выявленных отклонений в состоянии здоровья у школьников с депривацией зрения заняли заболевания опорно-двигательного аппарата – 37%. Самыми распространенными заболеваниями

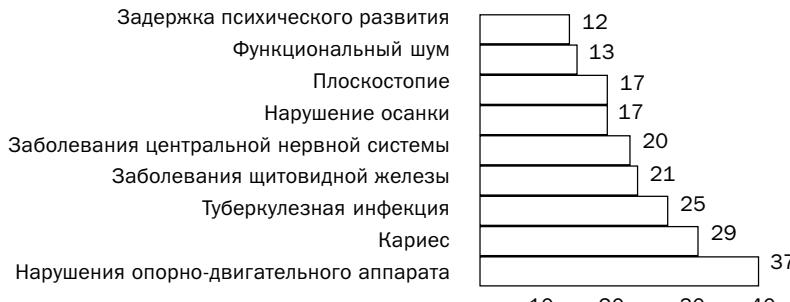


Рис. 2. Карта здоровья учащихся школы III, IV видов.



Рис. 1. Мониторинг состояния здоровья учащихся школы III, IV видов.

в этой группе являются нарушения осанки, сколиозы, плоскостопие и деформация грудной клетки.

На втором месте по распространенности заняли болезни нервной системы – 32%, в основном это вегето-сосудистая дистония, минимальная церебральная дисфункция, синдром дефицита внимания, неврозы. Необходимо отметить, что у школьников с депривацией зрения (у 12%) – выявлена задержка психического развития и случаи умственной отсталости.

На третьем месте среди выявленных заболеваний находятся заболевания дыхательной системы – 25%. Самыми распространенным из них являются туберкулезная инфекция, бронхиальная астма, хронические тонзиллиты, искривление перегородки носа.

Также у школьников с депривацией зрения выявлены эндокринная патология, заболевания сердечно-сосудистой системы, функциональные нарушения работы кишечно-желудочного тракта, мочевыделительной системы.

Наличие сопутствующих заболеваний у детей с депривацией зрения следует связывать с низким уровнем двигательной активности, именно недостаток этой деятельности ведет к недоразвитию двигательных качеств и нарушениям физического развития.

В своей работе И. В. Селиверстова [6] указывает, что немаловажное

значение в состоянии здоровья может иметь уровень благосостояния региона, природные, экологические и демографические факторы.

Давая оценку здоровью учащихся, следует провести анализ распределения на медицинские группы раздельно с точки зрения здоровья и офтальмологических показателей.

Анализируя распределение детей по группам здоровья, было определено, что 9% школьников можно признать «здоровыми» (не имеющими тяжелых сопутствующих заболеваний и отклонений) – 1-я и 2-я группы здоровья. У 91% школьников указаны хронические заболевания в разной стадии компенсации – 3-я и 4-я группы здоровья (рис. 3).

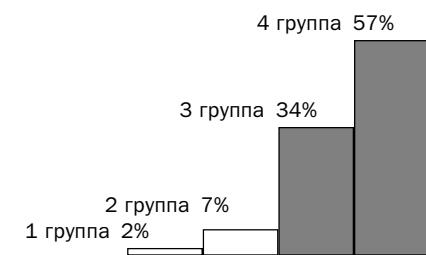


Рис. 3. Распределение учащихся на медицинские группы по состоянию здоровья.

При анализе распределения учащихся по состоянию зрительного анализатора следует сделать вывод, что физической культурой без ограничений могут заниматься 8% детей (незначительные отклонения в состоянии зрительного анализатора), 5,5% детей освобождены от любых физических нагрузок (с тяжелой патологией), 86,5% детей могут заниматься адаптивной физической культурой.

Сравнительный анализ уровня физического развития учащихся школ III, IV видов и школьников общеобразовательных школ

Состояние здоровья и физическое развитие находятся в тесной взаимосвязи и при медицинском комплексном обследовании детей должны про-

водится параллельно. Систематическое наблюдение за детьми позволяет определить различные отклонения здоровья и физического развития, помогает осуществлять контроль над правильной организацией учебно-воспитательного процесса, соблюдением санитарно-гигиенических условий, питанием, двигательным режимом и другими факторами, формирующими состояние здоровья школьника.

Основными показателями определения физического развития являются антропометрические показатели в сравнительном анализе детей с депривацией зрения и зрячих, такие как рост, масса тела, окружность грудной клетки, динамометрия кистей (ДК), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), индексы ЖЕЛ (должная жизненная емкость легких), ИСК (индекс силы кисти).

Анализ полученных результатов показывает, что у школьников с депривацией зрения показатели роста у юношей в возрасте 12-15 лет, и массы тела у юношей в возрасте 12-14 и 17 лет достоверно ниже, чем у школьников общеобразовательной школы. У школьниц с депривацией зрения и девушек из общеобразовательной школы статистически значимых различий не выявлено.

У школьников с депривацией зрения выявлены низкие показатели дыхательной системы (ЖЕЛ). У девушек в возрасте 12-14 и 16-17 лет, у юношей в возрасте 12-14 лет показатели имеют статистически значимые различия ($p<0,05$), но по таким показателям как окружность грудной клетки и ЖЕЛ не выявлено достоверного различия со школьниками из общеобразовательной школы на протяжении всего возрастного периода (кроме ЖЕЛ у юношей в возрасте 17 лет). Показатели ДК и ИСК у девушек с депривацией зрения статистически значимо различаются в возрасте 12 и 17 лет, а у юношей в возрасте 16 лет.

Выводы

Изучение состояния здоровья, физического состояния школьников с депривацией зрения, полученный сравнительный анализ с учащимися общеобразовательных школ, позволили сделать вывод, что проблема здоровья, физического развития является достаточно актуальной.

Сравнительный анализ показал, что дети с нарушениями зрения отстают в темпах биологического созревания от своих здоровых сверстников, у них более низкий уровень физического развития.

Это обусловлено низким уровнем двигательной активности, связанным с основными офтальмологическими и сопутствующими заболеваниями. Учащимся школ III, IV видов именно поэтому требуются дополнительные занятия адаптивной физической культурой комплексной коррекционно-оздоровительной направленности во внеурочное время.

Литература

1. Ендельцев Б. В. Определение физической подготовленности людей к трудовой деятельности [текст] / Б. В. Ендельцев // Термины и понятия в сфере физической культуры [текст]: Первый международный конгресс 20 – 22 декабря 2006 г. Россия, СПб. Материалы конгресса. – 282 с.
2. Ермаков В. П., Якунин Г. А. Основы тифлопедагогики: развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения [текст] / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М.: Владос, 2000. – 238 с.
3. Израэль С. И. Мониторинг физического развития и физической подготовленности: теория и практика [текст]: монография / С. И. Израэль. – М.: Советский спорт, 2005. – 196 с.
4. Ланда Б. Х. Методика комплексной оценки физического развития и физической подготовленности [текст]: учеб. пособие / Б. Х. Ланда. – М.: Советский спорт, 2008. – 244 с.
5. Лях В. И. Двигательные способности школьников: основы теории и методики развития [текст] / В. И. Лях. – М.: Террапорт, 2000. – 214 с.
6. Селиверстова И. В. Охват детей дошкольным образованием: уровень, межрегиональная дифференциация и ее причины [текст] / И. В. Селиверстова // Вопросы образования. – 2008. – № 3. – С. 199 – 209.

ных услуг, их качества, конкурентоспособности каждого специалиста, подразделений и в целом каждого лечебного центра.

Не является странным то обстоятельство, что отмеченная ситуация в стране во многих случаях является стимулирующим фактором для поиска и нахождения резервов не только и не столько для выживания, сколько для развития различных направлений деятельности лечебного учреждения, его подразделений. Своей моделью развития лечебного учреждения можно назвать создание в нем сектора кинезитерапии.

Специально организованный нами мониторинг направленности заболеваний пациентов показал достаточно стойкую тенденцию увеличения количества обращающихся за медицинской помощью людей с патологиями опорно-двигательного аппарата, поскольку, болезни суставов занимают одну из лидирующих позиций. Большинство лечебных учреждений в Рос-

Организация деятельности сектора кинезитерапии в лечебном учреждении

Курыс В. Н., доктор биологических наук, профессор,
Мисюков В. В., аспирант.

Ставропольский государственный университет

Ключевые слова: кинезитерапия, лечебное учреждение, реабилитация, пациент.

Аннотация. Рассмотрены основы системно-структурного подхода к организации службы кинезитерапии в лечебном учреждении. Сделан акцент на определении элементов системы, где главный элемент пациент.

Контакт: woolf87@inbox.ru

The organization of the sector Kinesitherapy in hospital

Dr. Kurys V. N., Professor,
Misukov V., postgraduate student.
Stavropol State University

Keywords: kinesitherapy, hospital, rehabilitation, the patient.

Abstract. The fundamentals of system-structural approach to service organization Kinesitherapy in the hospital. Emphasis on defining the elements of the system, where the main element is the patient.

Последствия затянувшегося экономического кризиса обострили проблему функциональной активности практически каждого лечебного учреждения России, имеющего в сво-

ей структуре подразделения по телесно-двигательной реабилитации. Прежде всего, это выражается в состоянии проблемы востребованности населением консультативно-лечеб-

ции имеют, безусловно, богатый опыт и традиции эффективного применения медикаментозных и хирургических технологий в решении этой проблемы. Тем не менее, исходя из отмеченной тенденции роста больных с патологиями опорно-двигательного аппарата, возрастает потребность в возможностях дополнения устоявшихся лечебных подходов естественными способами, технологиями нейтрализации патологий опорно-двигательного аппарата и возвращения пациента к норме здоровья.

Однако, из лечебной практики известно, что применение в процессе устранения патологий суставов уставшихся традиционных средств и методов не в полной мере решает проблемы возвращения пациентов к норме здоровья. Исходя из концептуальных установок на первичную медицинскую помощь в развитии лечебных центров России, актуальность инновационных подходов к устранению патологий опорно-двигательного аппарата, основанных на кинезитерапии, безусловно, заслуживает особого внимания. Кинезитерапия представляет собой явный резерв деятельности в лечебном учреждении на пути расширения перечня услуг для восстановления больных с различными нозологиями опорно-двигательного аппарата (остеохондроз, остеоартроз, сколиоз, межпозвоночные грыжи, протрузии и др.). По нашему мнению, эта проблема, в меру имеющихся возможностей, может решаться организацией работы сектора, или, по крайней мере, кабинета кинезитерапии.

Напомним, что под **кинезитерапией** понимают двигательные действия лечебного характера, направленные на улучшение подвижности в различных суставных сочленениях, эластичности сухожилий, известных свойств мышечной ткани. В основу кинезитерапии положено представление о том, что практически все системы организма прямо или косвенно взаимосвязаны посредством мышечных рефлексов. Мышцы очень тонко реагируют на малейшие изменения окружающей среды, на её воздействия. В соответствии с механизмом мышечного сокращения, действием прямой и обратной связи между центром и периферией, в биомеханической системе тела человека формируются двигательные реакции. Это лежит в основе влияния через мышцы на состояние систем и функций организма.

Мы полагаем, что кинезитерапия как форма реабилитационной деятельности должна находиться в структуре реабилитационного отделения каждого лечебного учреждения. Наличие сектора кинезитерапии в отделении реабилитации пациентов обусловлено направленностью его работы, а также способствует взаимосвязи деятельности специалистов смежных отделений: неврология, терапия, вертебрология, хирургия, ортопедия и опосредованно ряд других, осуществляющих диагностику и направление пациентов на кинезитерапию.

Как правило, при оценке состояния какого-то процесса или явления с целью определения перспектив и направлений развития применяется системно-структурный подход. Прежде всего, он заключается в рассмотрении, в данном случае кинезитерапии, как компонента системы деятельности реабилитационного отделения. В рамках статьи, целесообразно рассматривать структурное подразделение кинезитерапии как сектор отделения. В таком случае, как это предполагается системно-структурным подходом, реальное представление о функциональном составе сектора кинезитерапии как подсистемы отделения, может дать взгляд на него уже, как на систему, на состав его основных элементов, функционирование, взаимосвязь и взаимодействие которых может обеспечить эффект работы сектора. К основным элементам (рис. 1) относим, прежде всего пациентов, профессионально кадровое обеспечение, материально-техническую базу, научно-методическое обеспечение процесса лечения, организационное обеспечение, текущий и итоговый учет реабилитационной деятельности, контроль эффективности лечебной работы, банк данных работы сектора как системы и как элемента системы отделения.

Рассмотрим кратко некоторые наиболее важные элементы системы

кинезитерапии, обеспечивающие перспективы работы сектора.

Пациенты являются, безусловно, важнейшим элементом системы, поскольку именно на них центрируется весь процесс работы сектора кинезитерапии. Важна реализация антропоцентрического подхода к процессу восстановления, что предполагает обеспечение центрального внимания на пациентов не только с позиции возвращения их к норме двигательной деятельности, но и с позиции привлечения их как высокоорганизованных индивидуумов в процесс реабилитации за счет формирования личностных качеств больного для самореализации, самосовершенствования и самореабилитации. Пациенты, как элемент системы кинезитерапии, их состав определяется спецификой диагноза, поставленных специалистами определенного отделения, что во многом определяет содержательные, методические и организационные формы предстоящего реабилитационного процесса. Полагаем, что пациент как элемент системы сектора кинезитерапии, должен в совокупности с реабилитологом представлять собой союз единомышленников в достижении цели ликвидации патологии. Но этот союз может быть эффективным только в случае, если реабилитолог, будет осуществлять функции формирования элементарных (доступных) знаний у пациента о его патологии, как основе проявления мотивов и потребностей осмыслиенного его участия в процессе лечения и назначенных действий по самореабилитации. Это предопределяет возможное создание учебно-методических материалов, ориентированных на формирование знаний пациентов в области своей патологии.

Кадровое обеспечение работы сектора предполагает укомплектование состава реабилитологов специалистами высокой квалификации в области лечебной и адаптивной физической культуры, как правило, выпуск-



Рис. 1. Системные элементы сектора кинезитерапии.

ников вузов сферы физической культуры. Однако изучение учебных планов таких вузов позволяет определить резервы роста профессиональной компетентности таких специалистов в форме получения медицинского образования или, по крайней мере, системного повышения квалификации в медицинских учебных центрах, постоянной плановой научно-методической работы. Этот взгляд во многом определяется системной связью реабилитолога со специалистами отделения, осуществляющими направление пациентов в сектор кинезитерапии (рис. 2), а стало быть и требованиями к медицинской подготовленности работников этого сектора.



Рис. 2. Схема взаимосвязи сектора кинезитерапии со специалистами смежных отделений лечебного учреждения

В любом лечебном деле, его приоритет определяется **материально-технической базой**. В лечебном учреждении, по нашему мнению, база должна быть представлена в виде профильного кабинета (в котором осуществляется прием) и помещения оснащенного тренажерным оборудованием. Этого, полагаем, достаточно для обеспечения периода становления сектора кинезитерапии. Однако, динамика востребованности услуг, вполне понятные претензии специалистов на внедрение передовых технологий, в том числе и разработок лечебного учреждения центра, безусловно, ведут к размышлению и действиям по расширению материально-технических возможностей. Особо важен вопрос оснащения кабинетов техническими средствами с широким диапазоном, так называемого «точечного», локального воздействия на патологии опорно-двигательного аппарата, а так же оснащение кабинета кинезитерапии (и в перспективе реабилитационного зала) наглядными образовательными средствами, в том числе видеокомплексами с функциями экспресс-анализа качества реабилитационных действий пациента, а в перспективе компьютерными технологиями с возможностями срочной информации о лечебных воздействиях телесно-двигательны-

ми средствами. Одним из резервов деятельности сектора может быть нейрореабилитация больных средствами кинезитерапии.

Научно-методическое обеспечение деятельности сектора определяется созданием фонда программного обеспечения процесса реабилитации по специфике патологий специальными учебниками, учебными и учебно-методическими пособиями. Причем программы должны иметь, на наш взгляд, базовый и вариативный компонент. Базовый определяет общий подход к реабилитации на основе известной специфики определенной патологии (этиопатогенез). Вариативная составляющая должна обеспечивать возможность индивидуального подхода к пациентам, имеющим сходный патогенез патологии, но имеющим различные сопутствующие заболевания. Вариативная часть может отражать сущность подбора средств, методов, методических приемов реабилитационных действий в зависимости от индивидуальных особенностей протекания у больного процесса лечения, от проявляемых элементов творчества реабилитолога. **Методическое обеспечение** кроме учебно-методических средств, предполагает создание фонда специфических технологий реабилитации в связи с видами патологий суставов. При этом следует исходить из сущности представления о технологии реабилитации, методов (способов) их применения, методических приемов, организационных форм процесса реабилитации, контроля эффективности реабилитационного воздействия, набора возможных адекватных коррекций.

Безусловно, важным, если не определяющим являются функции элемента **организации деятельности сектора**. Они, прежде всего, состоят в определении и обеспечении руководством отделения структурных связей всех элементов системы кинезитерапии, что лежит в основе эффективности лечебной и экономической деятельности, как сектора кинезитерапии, так и отделения в целом. Особенно это касается налаживания и осуществления прямых и обратных связей между устоявшимися секторами отделения и службой кинезитерапии (рис. 2). Сущность прямых связей заключается, прежде всего, в направлении пациентов со специфическими диагнозами на кинезитерапию. За кажущейся простотой этого харак-

тера связи лежит очень важное обстоятельство, основанное на взаимных компетенциях специалистов, направляющих пациентов и реабилитологов, которые принимают больных для лечения. Компетенции первых заключаются, прежде всего, в имеющихся представлениях о реабилитационных возможностях сектора кинезитерапии, о применяемых технологиях, механизмах их воздействия на определенные патологии. С другой стороны, реабилитологи должны обладать достаточно развитыми компетенциями по характеру и механизмам специализированных патологий поступающих пациентов. В представление о прямых и обратных связях входит и совместная коррекционная работа. Она, как полагаем, должна заключаться в промежуточной диагностике специалистами состояния патологии пациента, анализе её динамики, тенденции развития совместном определении конечного эффекта. На основе промежуточной диагностики, направляющий специалист вводит рекомендательные коррекции в работу реабилитологов. Понятно, что только творческий контакт заинтересованных специалистов может дать запланированный результат лечения. Видимо, такой контакт может, в определенной степени, обеспечить плановый постоянно действующий семинар специалистов лечебного учреждения по проблеме интеграции диагностических, лечебных и реабилитационных усилий в специализированных направлениях.

Дальнейшее, более глубокое развитие представлений о кинезитерапии – лечебной составляющей реабилитационного отделения, возможно на основе того же системно-структурного подхода, с тем непременным условием, что каждый элемент сектора кинезитерапии (рис. 2) будет изучаться как подсистема сектора. А это, в свою очередь, предполагает определение её элементов, структурных связей, взаимовлияния и т. д. Однако, как мы полагаем, этот шаг познания, а значит и совершенствование глубинных процессов функционирования сектора кинезитерапии целесообразно осуществлять при условии установленной содержательно-организационной работы этого подразделения, на чем было акцентировано внимание в этой статье.

Техника толкания ядра атлетами-паралимпийцами с поражением опорно-двигательного аппарата с метательного станка без использования опорного шеста

Ворошин И. Н., кандидат педагогических наук, доцент, руководитель комплексных научных групп паралимпийских сборных команд России по лёгкой атлетике. ФГУ СПбНИФК

Донец А. В., кандидат физико-математических наук. ФГОУ СПбГУ.

Ашапатов А. В., двукратный Паралимпийский чемпион, заслуженный мастер спорта. Паралимпийский комитет России.

Ключевые слова: биомеханический анализ; атлеты-паралимпийцы с поражением опорно-двигательного аппарата; толкание ядра со станка без использования опорного шеста; соревновательная деятельность.

Аннотация. Толкание ядра атлетами-паралимпийцами с поражением ОДА значительно отличается от классического толкания из круга. В работе отражены результаты исследования техники толкания ядра со станка, не имеющего опорный шест. Проведен анализ изменения кинематических характеристик во время выполнения спортивного упражнения.

Контакт: Voroshin_igor@mail.ru

Technics features of shot put performed by paralympic athletes with musculoskeletal disorders using throwing frame without a vertical holding bar

Voroshin I. N., PhD, Assistant Professor, the head of complex scientific group of Russian paralympic national athletics team. Federal State Institution St Petersburg Research Institute of Physical Culture. Donets A. V., PhD. St. Petersburg State University.

Ashapatov A. V., the double Paralympics champion, Honoured Master of Sports. Russian Paralympic Committee.

Keywords: biomechanical analysis; paralympic athletes with musculoskeletal disorders; shot put using throwing frame without a vertical holding bar; sports performance.

Abstract. Shot put performed by the Paralympic athletes with musculoskeletal disorders considerably differs from the classical shot put from a circle. In the given work we present the study of technique of shot put using the throwing frame without a vertical holding bar. Kinematic analysis of sport exercise was carried out.

Введение

В паралимпийской лёгкой атлетике спортсмены с поражением опорно-двигательного аппарата некоторых спортивно-медицинских классов (F52-58, F32-34) выполняют толкание ядра со специального метательного станка [1]. В соответствии с международными правилами [5] и принимая во внимание конструктивные особенности основных элементов метательного станка, в технике толкания ядра можно выделить два основных способа:

- толкание со станка с использованием опорного вертикального шеста;

- толкание со станка без использования «внешних элементов».

В ранее опубликованных исследованиях [1-2] был проведен анализ основных особенностей техники толкания ядра атлетов-паралимпийцев с поражением ОДА, использующих метательные станки с опорным вертикальным шестом.

В данном исследовании проведен анализ основных особенностей техники толкания ядра со станка без опорного шеста. Среди квалифицированных и высококвалифицированных толкателей со станка этот способ используют преимущественно паралимпийцы, чьи нозологические

особенности не связаны с полной или частичной парализацией спины – атлеты 58, 57, 34 спортивно-медицинских классов, а также некоторые паралимпийцы 56 класса. В перечисленных классах на Чемпионате мира 2011 г. в Крайслерче (Новая Зеландия) и на Паралимпийских играх 2012 г. в Лондоне (Великобритания) в толкании ядра среди мужчин и женщин планируется разыграть шесть комплектов медалей.

Несмотря на огромное значение подготовки атлетов к крупнейшим Паралимпийским форумам, в русскоязычной научной литературе не выявлено научных и научно-методических работ по изучению техники толкания ядра со станка спортсменами с поражением ОДА. В зарубежной литературе были попытки изучения некоторых аспектов техники толкания ядра со станка, не имеющего вертикальный шест [3, 4], однако результаты исследуемых соревновательных упражнений в значительной степени уступают современному уровню ведущих атлетов-паралимпийцев.

В связи с необходимостью подготовки высококвалифицированных толкателей ядра со станка к крупнейшим международным соревнованиям, актуальной задачей становится

анализ и последующая оптимизация ключевых компонентов подготовки спортсменов. В том числе выявление, анализ закономерностей и частных особенностей в технике выполнения соревновательного упражнения.

Методика

Проведенное исследование основано на анализе техники толкания ядра со станка спортсменами паралимпийской сборной России по лёгкой атлетике с поражением ОДА на учебно-тренировочных сборах (7-28.04.2010 г. и 17.11.-8.12.2010 г. Сочи) и в условиях официальных стартов (зимний ЧР 10-13.04.2010 г. Краснодар, летний ЧР 7-13.07.2010 г. Чебоксары).

В исследовании используются следующие инструментальные методики: видеозапись высокоскоростными камерами Sony FX7E (100 Гц), видеообработка и видеоанализ материала, выполненные с помощью программы «Dartfish 4.5.2.0», анализ соревновательной деятельности, изучение биомеханических характеристик техники соревновательных упражнений с использованием программы MATLAB 7.10 (R2010a).

Методика исследования состоит из четырех этапов: первый – высокоско-

ростная видеосъёмка толкания ядра со станка в поперечно-фронтальной проекции, фронтальной и сагиттальной плоскостях; второй – синхронизация видеоданных и получение 3D модели; третий – изучение кинематических характеристик техники упражнений; четвёртый – анализ и обобщение полученных данных.

Результаты и их обсуждение

Весь цикл соревновательного упражнения метания ядра со станка можно разделить на 4 основные фазы: исходное положение, замах, финальное усилие, выпуск снаряда. Для более детального анализа, в качестве примера, рассмотрим технику толкания ядра со станка двукратного Паралимпийского чемпиона в толкании ядра и метании диска, действующего мирового рекордсмена в данных видах Ашапатова Алексея (класс F58). На сегодняшний день (по данным на 01.01.2011) его личный рекорд в толкании – 16,27 м является самым дальним броском среди всех атлетов-паралимпийцев, толкающих со станка. На рис. 1 представлена кинограмма основных двигательных действий в толкании ядра со снарядом сверхсоревновательного веса б кг.

Фаза 1. Исходное положение (рис. 1, кадр 1). Спортсмен находится в полусидящем положении на мятательном станке. Бедра разведены под углом 89°. Левая кулья отведена на 91°, жестко зафиксирована на горизонтальной верхней площадке стула в направлении толкания и не меняет своего положения при броске. Левая ягодица прижата к поверхности стула в соответствии с правилами. Правая здоровая нога (далее нога), находясь в немного согнутом положении (угол в тазобедренном суставе по отношению к корпусу – 19°, в коленном суставе – 138°), упирается в поверхность сектора. При этом опора осуществляется на переднюю часть стопы, которая немного разогнута в голеностопном суставе до 83° и супинирована на 61°. Поперечная ось таза повернута на 44° по отношению к направлению перпендикулярному к выбросу снаряда. Корпус наклонен вперёд в сагиттальной плоскости на 33° и повернут вокруг

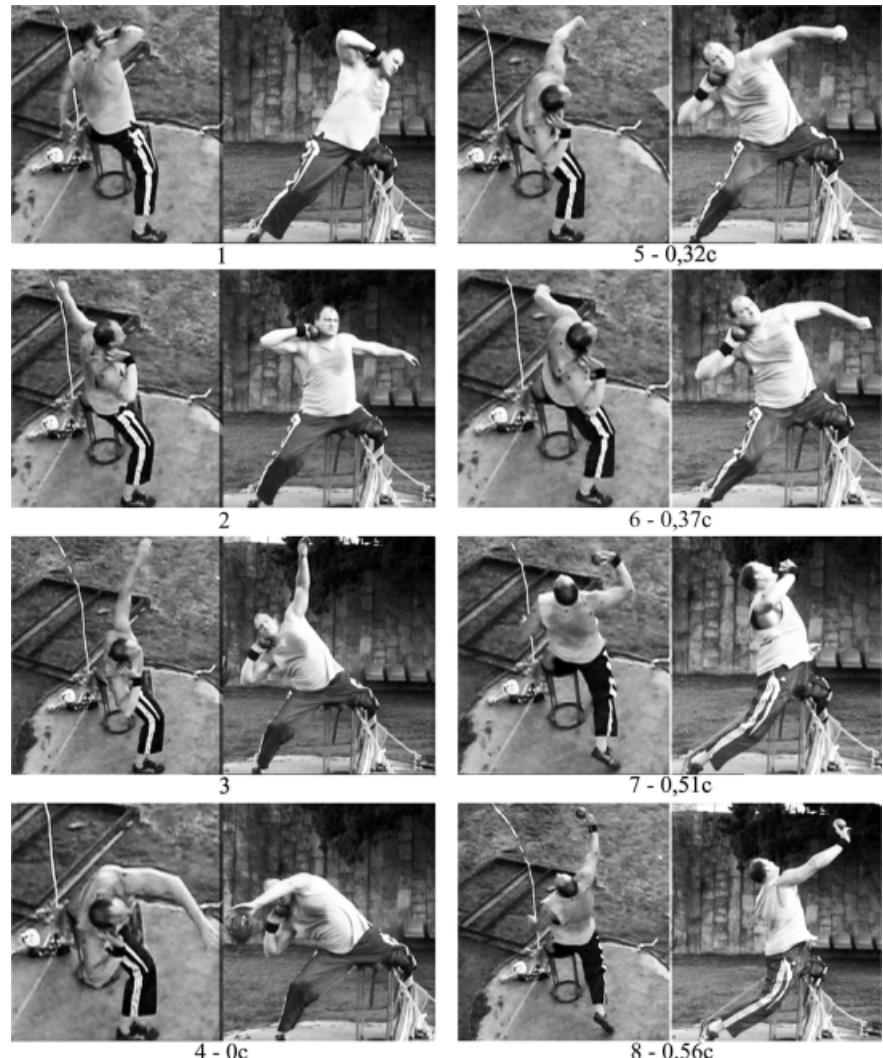


Рис 1. Кинограмма толкания ядра со станка, не имеющего опорный шест.
1 – исходное положение, 1-4 – замах, 4-8 – финальное усилие.

вертикальной оси вправо на 14°. В исходном положении левое плечо находится ниже правого. Угол между поперечной осью таза и плеч – 30°. По аналогии с классическим толканием ядро располагается на средних фалангах пальцев толкающей руки (правой) и прижимается к правой стороне шеи в районе грудино-ключично-сосцевидного сустава. Плечо правой руки отведено во фронтальной плоскости на 95°. Угол в локтевом суставе – 49°. Левая рука максимально расслаблена и опущена вниз.

Фаза 2. Замах (рис. 1, кадры 2-4). Основная цель замаха – создать начальные условия для согласованной работы скелетных мышц и разгона снаряда в последующих фазах. Длительность фазы в представленной попытке – 1,15 с. Наклон корпуса вперед в сторону выпуска

снаряда в начале замаха увеличивает амплитуду движения в этой фазе.

Первоначальный импульс придаётся за счёт одновременно начидающихся нескольких движений: отведения корпуса назад, в направление противоположном выбросу снаряда, и махового подъема левой руки, выпрямленной в локтевом суставе. Оба движения выполняются в сагиттальной плоскости, вплоть до момента, когда левая рука максимально поднята вверх (рис. 1, кадр 3). Когда наклон корпуса назад достигает 41°, начинается скручивание туловища относительно вертикальной оси, левая рука опускается, одновременно сгибаясь в плечевом и локтевом суставах, выполняя некое «закрывающее» движение (рис. 1, кадр 4). Это способствует дополнительному скручиванию корпуса и обеспечивает более эффективное растягивание мышц ту-

ловища, позволяя лучше подготовить их к взрывной работе в финальном усилии.

Правая рука во время замаха неизменно удерживает снаряд в области шеи с отведённым в сторону локтём. Нога вплоть до прохождения корпусом вертикали (рис. 1, кадр 2) выполняет статическую нагрузку, затем сгибается в коленном суставе до 125° , колено разворачивается книзу на 5° , происходит опускание на всю стопу (до угла 80° в голеностопном суставе).

В конце фазы замаха наклон корпуса в сагиттальной плоскости по отношению к направлению выброса снаряда – 55° , угол между осью таза и осью плеч – 79° . Угол между осью плеч и перпендикуляром к направлению выброса снаряда – 120° . Угол в локтевом суставе толкающей руки – 49° . Угол в плечевом правом суставе – 163° .

Фаза 3. Финальное усилие (рис. 1, кадры 4-8). Длительность фазы – 0,56 с. В фазе финального усилия основная задача спортсмена – разгон снаряда до максимальной скорости и направление его под нужным углом к горизонту.

Финальное движение осуществляется при сложном взаимодействии туловища и рук. Отклонившись максимально назад и выполнив скручивание корпуса вправо при замахе, спортсмен начинает изменение направления движения на противоположное.

Финальное усилие начинается с момента начала подъема корпуса в агиттальной плоскости. Фактически горизонтальная часть временной зависимости угловой скорости подъема туловища (рис. 3, $t = 0-0,15$ с) указывает на то, что скорость вначале возрастает без заметных ускорений.

Почти одновременно с выпрямлением корпуса выполняется активное отведение левой руки (см. рис. 2, $t = 0,10$). Оно начинается с окончания эллипсовидного движения, начатого в конце замаха. Затем рука продолжает мах до пересечения с поперечной осью плеч, разгибаясь в поперечной плоскости и отводя левое плечо в сторону (рис. 2, $t = 0-0,32$ с). Угол в локтевом суставе увеличивается с 130° до 149° . Скорость подъема

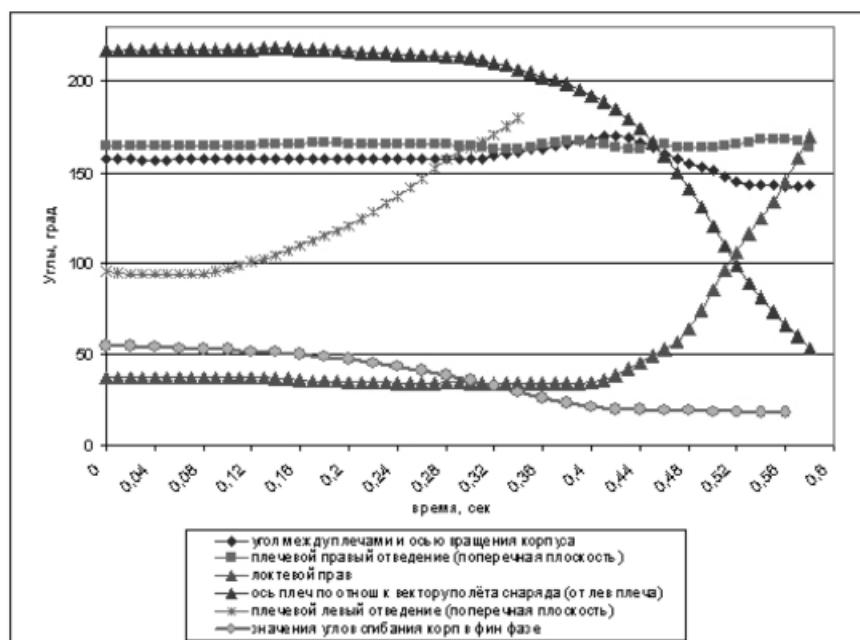


Рис. 2. Угловые значения основных локомоций в финальной фазе (угол наклона корпуса в сагиттальной плоскости по отношению к направлению выброса, левого и правого плеч в поперечной плоскости относительно их начального положения).

корпуса возрастает до максимального значения (рис. 3, $t = 0,32$ с, угол наклона – 33°). При этом амплитуда движения корпуса вокруг вертикальной оси пока остается незначительной и к 0,32 с составляет 6° . Правая рука продолжает удерживать ядро в области шеи, без изменения значений угловых значений. Нога выполняет движение колена внутрь, при этом до 0,31 с финального усилия значение угла в коленном суставе не изменяется. Угол разведения бёдер уменьшается на 17° , опора на всю стопу сохраняется. К этому времени (0,31 с) скорость снаряда возрастает

до 1,6 м/с, что составляет не более 14% от максимального значения в этой попытке.

Анализируя экспериментальные зависимости, представленные на рис. 2-3, видно, что основное движение корпуса в сагиттальной плоскости происходит с 0,15 по 0,37 с. В процессе выполнения финального усилия туловище спортсмена участвует в двух одновременных движениях: разгибания в сагиттальной плоскости и вращения вокруг вертикальной оси. В интервале 0,32-0,37 с происходит передача основного разгоняющего усилия от корпуса спортсмена в сагитталь-

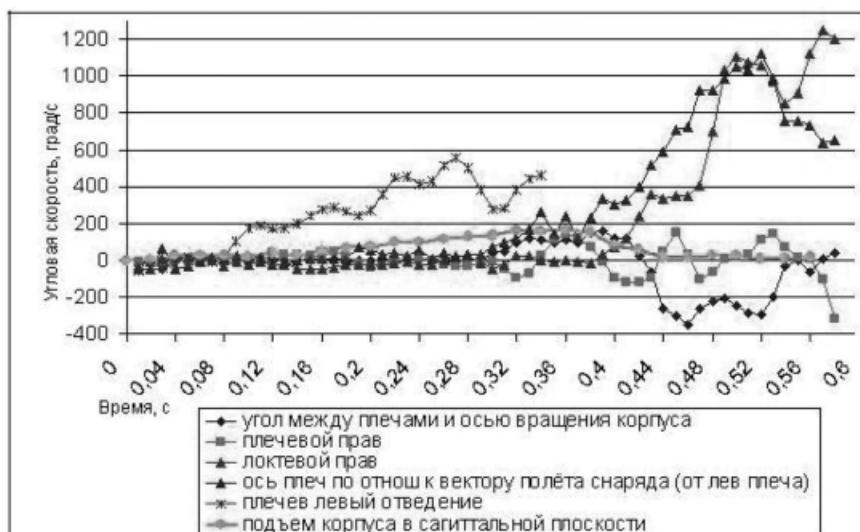


Рис. 3. Угловые скорости основных локомоций в финальной фазе.

ной плоскости к плечевому поясу в поперечной плоскости. На кинограмме (рис. 1, кадр 6) видно, что левая рука и предплечье опережают поворот корпуса, создавая дополнительный разгоняющий момент. Это способствует увеличению угловой скорости в поперечной плоскости (рис. 3, $t = 0,32\text{--}0,45$ с). Для продолжения разгона снаряда спортсмен начинает активное движение корпуса в поперечной плоскости (рис. 4, $t = 0,31\text{--}0,53$ с). За 0,22 с корпус поворачивается на 100° , и угловая скорость достигает 1121 град/с (рис. 3, $t = 0,53$ с). При этом набранная скорость движения корпуса в сагиттальной плоскости удерживается постоянной (рис. 3, $t = 0,53$ с), наклон корпуса по направлению выброса достигает 23° . Приведение левой руки к корпусу приводит к уменьшению момента инерции тулowiща спортсмена (рис. 1, кадр 7) и стимулирует увеличение угловой скорости вокруг вертикальной оси. Жесткое закрепление левой культи сильно ограничивает свободу движения корпуса. Для сохранения динамики воздействия на снаряд в конце финального усилия значительно уменьшается угол между плечами и осью вращения корпуса (рис. 2, $t = 0,43\text{--}0,54$ с, угол изменился на 27°). Сокращение грудных мышц создает дополнительный вращательный момент.

Нога поддерживает разгоняющее усилие корпуса. Спортсмен разворачивает колено в сторону вылета сна-

ряда (угол в коленном суставе увеличивается до 140°), выходит на носок, с одновременным сгибанием голеностопа. За счёт разворота колена уменьшается угол между тазом и осью плеч, что не допускает излишнего натяжения мышц тулowiща и способствует повышению эффективности движения корпуса в поперечной плоскости. Такое положение ноги остается вплоть до окончания финальной фазы.

В финальном движении происходит как вращение тулowiща, так одновременное разгибание правой руки в локтевом суставе. При этом разгибание правой руки начинается в момент активного поворота плечевого пояса. Сразу после завершения активного подъема в сагиттальной плоскости начинается отрыв ядра от шеи (рис. 2-3, $t = 0,38$ с). Это движение не только придаёт дополнительное ускорение снаряду, но и обеспечивает необходимое направления и угол выброса. Угловая скорость разгибания в локтевом суставе правой руки достигает своего максимума (1245 град/с) к окончанию финальной фазы.

Комплексный анализ временных зависимостей углов и угловых скоростей, представленных на рисунках 2-3, позволяет сделать вывод, что основной разгон снаряда осуществляется за счет вращения корпуса вокруг вертикальной оси и выталкивания снаряда правой рукой. Основное ускоряющее усилие на снаряд прихо-

дится на 0,31-0,54 с финальной фазы. В этом временном интервале снаряд разгоняется до максимальной скорости – 11,45 м/с.

Фаза 4. Выпуск снаряда. Длительность фазы – 0,02 с. Основная цель фазы – доталкивание снаряда кистью и его выпуск. Наклон корпуса в сагиттальной оси при выталкивании снаряда – 18° . Скорость вылета снаряда – 11,4 м/с. Угол вылета – $32,6^\circ$. Высота вылета снаряда 2,06 м.

Результат приведенного броска – 14,55 м. Время всего цикла упражнения – 1,73 с, в том числе длительность финального движения – 0,58 с. Динамика изменения абсолютной скорости снаряда в финальной фазе броска представлена на рисунке 4.

С помощью компьютерного моделирования установлено, что оптимальный угол вылета ядра со скоростью 11,4 м/с – 40° . Толкание снаряда под этим углом позволило бы увеличить дальность броска на 53 см до 15,08 м.

Источники информации

1. Ворошин И. Н. Особенности соревновательной деятельности спортсменов-паралимпийцев с поражением ОДА при метании и толкании со станка / И. Н. Ворошин // Адаптивная физическая культура. – 2010. - №2 (42). – С. 14-17.
2. Ворошин И. Н. Особенности техники толкания ядра атлетов-паралимпийцев с поражением опорно-двигательного аппарата, при использовании метательного станка с вертикальным шестом / И. Н. Ворошин, А. В. Донец // Адаптивная физическая культура. – 2010. - №3 (43). – С. 40-47.
3. Chow, J. W. Kinematic analysis of shot-putting performed by wheelchair athletes of different medical classes / J. W. Chow, W. Chae, M. J. Crawford // Journal of Sports Sciences. – 2000. - №18. - P. 321-330.
4. Frossard L. Quality Control Procedure for Kinematic Analysis of Elite Seated Shot-Putters During World-Class Events / L. Frossard, J. Smeathers, J. Evans, A. O'Riordan, S. Goodman. // The Sport Journal. – 2008. – Vol. 11, №1. - P. 8893-8908.
5. IPC Athletics – [Электронный ресурс] - <http://ipc-athletics.paralympic.org/Rules/> (дата обращения 28. 02. 2011).

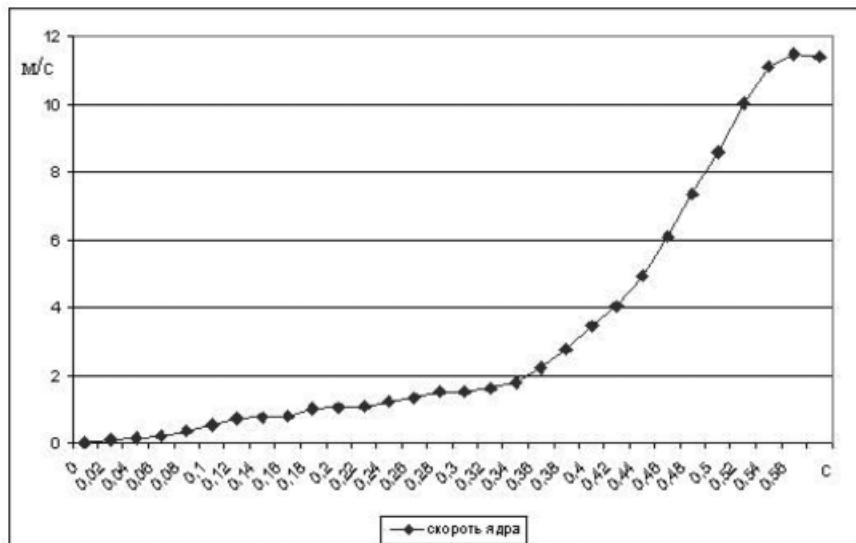


Рис. 4. Динамика изменения абсолютной скорости снаряда в финальной фазе броска.

Опыт психологической подготовки паралимпийцев к Ванкуверу

**Шелков О. М., кандидат педагогических наук, доцент,
Дроздовский А. К., кандидат психологических наук. ФГУ СПбНИИФК.
Громова И. А., главный тренер паралимпийской команды России по лыжам и биатлону (спортсмены с ПОДА), Москва.**

Гладышев А. И., тренер по стрельбе паралимпийской команды России по лыжам и биатлону, Бийск. Паралимпийский комитет России.

Голуб Я. В., кандидат медицинских наук, доцент. Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург.

Ключевые слова: ответственные соревнования, психологическая подготовка, психическая тренировка, психофизиологическое состояние, саморегуляция, точность стрельбы в биатлоне.

Аннотация. В статье представлен опыт психологической подготовки лыжников, биатлонистов к Паралимпийским играм в Ванкувере, Канада (спортсмены с поражением опорно-двигательного аппарата).

Контакт: drozd53@bk.ru

Psychological preparation Paralympians to Vancouver experience

**Shelkov O. M., PhD, Assistant Professor,
Drozdowski A. K., PhD. St. Petersburg Research Institute of Physical Culture.**

Gromova I. A., head coach of the Paralympics Team Russia skiing and biathlon (athletes with affection of the locomotorium), Moscow.

Gladyshev A. I., coach of Paralympics shooting team of Russia in skiing and biathlon, Biysk. Russian Paralympic Committee.

Golub Y. V., PhD, Assistant Professor. St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Studies.

Keywords: responsible competition, psychological training, mental training, psycho-physiological state, self-control, precision shooting in biathlon.

Abstract. The article presents the experience of psychological training of skiers, biathletes to the Paralympics Games in Vancouver, Canada (athletes with affection of the locomotorium).

Качественная подготовка спортсмена к ответственным соревнованиям предполагает доведение до оптимального уровня всех аспектов его мастерства, где важным элементом, наряду с технико-тактической и функциональной подготовленностью, является психологическая готовность спортсмена к эффективной соревновательной деятельности. Различают два аспекта такой подготовленности: знание спортсменом различных аспектов психологической подготовки к соревнованиям и умение применять психологические знания в своей тренировочной и соревновательной деятельности – оценивать их эффективность, владеть методами психической саморегуляции.

Работа специалистов в составе комплексной научной группы (КНГ) предусматривает гармоничное сочетание всех аспектов психологической подготовки спортсмена к ответственным соревнованиям. Такой подход был реализован в ходе подготовки паралимпийцев к соревнованиям в Ванкувере. На предварительных этапах

подготовки проводилось тестирование свойств нервной системы кандидатов в паралимпийскую сборную страны (спортсмены с ограничениями по зрению, с поражениями опорно-двигательного аппарата). Знание свойств нервной системы (СНС) того или иного спортсмена позволяли прогнозировать его природные особенности в сфере психомоторики, интеллектуальной деятельности, индивидуального стиля спортивной деятельности, а также устойчивость к стресс-факторам и волевые особенности. Знание природных особенностей спортсмена, его лидера, а также тренера, открывало возможность проводить не только корректировку тренировочных программ с целью повышения их эффективности, но и рекомендовать схемы правильного межличностного взаимодействия всех участников тренировочного процесса, что особенно важно для обеспечения благоприятной атмосферы в спортивном коллективе. При тестировании свойств нервной системы (силы, подвижности, уравнове-

шенности) использовались двигательные методики Е. П. Ильина (1972). Измерение выраженности СНС, а также прогнозирование особенностей спортсменов, осуществлялось на диагностическом стенде «Прогноз» (А. К. Дроздовский, А. Р. Носач: Экспресс-диагностика свойств нервной системы. Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ, РОСПАТЕНТ, М., 2002). При прогнозировании природных особенностей спортсменов учитывалось проявление ряда психологических феноменов в сферах: психомоторика, интеллектуальная деятельность, индивидуальный стиль спортивной деятельности, устойчивость к неблагоприятным состояниям и волевые особенности (всего – 29 параметров).

На всех этапах подготовки к ответственным соревнованиям проводилось тестирование и оценка способности спортсменов к саморегуляции психического состояния, причем, как в сторону произвольного снижения психического напряжения, так и к мобилизации психических функций в аспекте ментального моделирования значимых соревновательных ситуаций. Такое тестирование позволяло контролировать динамику улучшения способности спортсменов к саморегуляции в ходе реализации программы психических тренировок (ПТ), предусматривающей освоение базового курса аутотренинга, сеансы внутреннего отдыха, освоение специальных формул самовнушения (например, формул оптимального боевого состояния перед ответственным стартом), сеансы светозвуковой стимуляции с использованием музыки, звуков природы. В ходе занятий ПТ тестировались параметры психофизиологического состояния (ПФС) спортсменов, на основании которых можно было оперативно контролировать эффективность проводимых мероприятий. Динамика ПФС спортсменов определялась по показателям кожно-гальванической реакции (КГР), которая, относится к вегетативным реакциям и отражает общую активацию человека, а также фоновый уровень его психоэмоциональной напряженности (ПЭН). При повышении уровня активации, при увеличении ПЭН кожное сопротивление

падает, в то время как при расслаблении и релаксации кожное сопротивление возрастает, что при измерениях отражается в снижении показателей КГР. Значения КГР регистрировалась с помощью программно-аппаратного комплекса MINDSKIN (ООО «НПП «МедПАСС», СПб).

Обеспечение психологической подготовки паралимпийцев проводилось специалистом в составе комплексной научной группы (КНГ) на всех этапах подготовки, но особое внимание уделялось соревновательной деятельности на этапах Кубка мира, которые предшествовали паралимпийским играм в Ванкувере. Здесь ставились и решались важные задачи: 1) выявление динамики психоэмоционального состояния спортсменов в период соревновательной деятельности; 2) осуществление психологической поддержки спортсменов средствами психической тренировки в период важных стартов; 3) разработка рекомендации по психологической подготовке на заключительном этапе к паралимпийским играм 2010 года. Для решения этих задач использовались: психолого-педагогические наблюдения; анализ протоколов соревнований; видеосъемка; аудиотексты для реализации программы психической тренировки; программно-аппаратной комплекс МИРАЖ-1 (регистрация КГР); прибор ТММ МИРАЖ-ВИЗАРД (тренажер функциональной активности головного мозга). Как на учебно-тренировочных сборах, так и в период соревновательной деятельности специалистами КНГ осуществлялась видеосъемка техники лыжного хода, а на биатлонных дистанциях также и процесса подхода спортсменов к огневому рубежу, приготовление к стрельбе, сама стрельба и уход с рубежа. Видеоматериалы предоставлялись тренерам и спортсменам команды после перезаписи с видеокамеры на персональные компьютеры для работы над ошибками. Для спортсменов, по желанию, после соревновательных дистанций, во второй половине дня проводились занятия по программе ПТ. Целью таких занятий было снижение уровня ПЭН и психической реабилитации спортсменов перед очередным соревновательным днем. Коррекция пси-

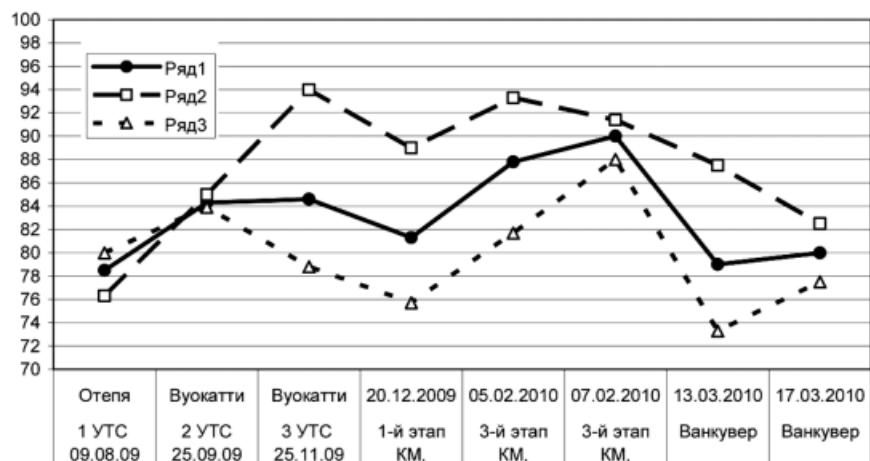
хических состояний спортсменов осуществлялась на основе общеизвестных методик: «автогенная тренировка» (АТ), «внутренний отдых» (ВО), светозвуковая стимуляция (СЗС), звукотерапия (ЗТ). Сеансы АТ, ВО, подача формул самовнушения осуществлялись с использованием аудиотекстов. Длительность сеансов АТ была 7-8 минут, ВО – 12 мин., по его окончанию – 2,5 мин. для выхода из состояния релаксации через мобилизацию. Сеансы СЗС имели длительность 5-12 минут. Следует отметить, что в отличие от других психотерапевтических методик, в том числе АТ, метод СЗС не затрагивает высшие психические процессы, а только создает условия для осуществления осознанного выбора оптимальной поведенческой реакции и облегчения произвольной регуляции психических функций и вегетативных реакций (благодаря оптимизации нервных процессов в коре головного мозга). Метод СЗС позволяет устранять предпосылки для функционирования генератора патологически усиленного возбуждения, целенаправленно формировать уровни мозговой активности (активации, либо торможения), что позволяет использовать его в качестве профилактического средства повышения адаптационного резерва для защиты внутренних органов от психоэмоциональных перегрузок. Метод СЗС позволяет также оптимизировать адаптивные реакции в процессе экстремальных воздействий на спортсменов. Для проведения сеансов СЗС использовался прибор ТММ МИРАЖ-ВИЗАРД (патент РФ № 99126004 и № 2266144), генерирующий световые и звуковые сигналы, которые через зрительный и слуховой анализатор вовлекают корковые, лимбические структуры, ретикулярную формуцию головного мозга в задаваемый ритмический процесс, что косвенно влияет на нейрогуморальную регуляцию.

Существенным фактором в обеспечении психологической подготовки паралимпийцев к ответственным соревнованиям являлся периодический контроль общего психологического состояния спортсменов, что предусматривало тестирование ряда важных параметров: степень истоще-

ния нервной системы, уровень притязаний; уровень депрессии (реакция на несоответствие желаемого и действительного, доминирующий фон настроения); выраженность экстронтерверсии (уровень общительности). Контроль общего психологического состояния спортсменов позволял своевременно проводить мероприятия по коррекции неблагоприятных тенденций в психической сфере, которые зачастую заключались в проблемах, находящихся за пределами спортивной деятельности. Применение комплекса диагностических и коррекционных мероприятий в рамках программы психологической подготовки паралимпийцев позволило ввести ПТ в русло управляемого, программируемого и контролируемого процесса на всех этапах подготовки к соревнованиям в Ванкувере. Как показала практика проведения ПТ, практически всегда сеансы АТ, ВО, СЗС давали срочный положительный эффект. Что касается долгосрочного эффекта от занятий ПТ, то определить его однозначно достаточно сложно, поскольку ее влияние на повышение эффективности тренировочной и соревновательной деятельности не является очевидным фактом, ибо все аспекты подготовки спортсмена (функциональная, психологическая, технико-тактическая) взаимосвязаны, а определить влияние каждого в отдельности на спортивный результат весьма непросто. Тем не менее, имеются факты, указывающие, что систематические занятия ПТ положительно влияют на точность стрельбы в биатлоне. В качестве примера приведем данные такого влияния, полученные в ходе работы специалистов КНГ с командой лыжников, биатлонистов (спортсмены с поражениями опорно-двигательного аппарата) при подготовке к паралимпийским играм Ванкувере.

С целью изучения влияния ПТ на точность стрельбы в биатлоне спортсмены паралимпийской команды (14 человек) были условно разделены на две группы, которые отличались большей (8 чел.) или меньшей (6 чел.) заинтересованностью в таких тренировках. Критерием отнесения спортсмена к соответствующей группе было количество занятий, проведенных им под руководством психо-

лога, психофизиолога на всех этапах подготовки к Ванкуверу. В процессе этих занятий всегда регистрировалась динамика ПФС спортсмена (по показателям КГР). Следует отметить, что общее число занятий, проведенных специалистом с паралимпийцами по программе ПТ на четырех УТС и двух этапах Кубка мира, проводимых накануне соревнований в Ванкувере, составило 254 сеанса: АТ – 93, ВО – 37, СЗС – 124 сеанса. В рассматриваемой группе биатлонистов (14 чел.) таких занятий было проведено 197, где на долю «заинтересованных» в реализации программы ПТ пришлось 160 сеансов, на долю «менее заинтересованных» – 37. За критерий точности стрельбы того или иного спортсмена на биатлонной дистанции было принято число результативных выстрелов (в %) от общего их числа на всей дистанции. Показатели точности стрельбы определялись по результатам контрольных тренировок на УТС, на этапах Кубка мира, а также на биатлонных дистанциях в Ванкувере. Влияние ПТ на точность стрельбы в биатлоне отражено на рисунке. Представленные зависимости позволяют сделать вывод – систематические занятия по программе ПТ положительно влияют на точность стрельбы спортсменов



Ряд 1 – точность стрельбы всей команды биатлонистов (14 чел.)
 Ряд 2 – точность стрельбы в группе спортсменов, заинтересованных в психических тренировках (8 чел.)
 Ряд 3 – точность стрельбы спортсменов, менее заинтересованных в ПТ (6 чел.)

Рис. Зависимость точности стрельбы (в %) от занятий психическими тренировками на биатлонных дистанциях, что проявилось на всех этапах подготовки и участия в ответственных соревнованиях. Снижение показателей точности стрельбы в биатлоне на паралимпийских играх в Ванкувере, как в целом по команде, так и в обеих группах, причем в группе «менее заинтересованных» точность стрельбы снизилась заметнее, могло произойти по нескольким причинам: 1) ростом психоэмоциональной напряженности, обусловленной чрезвычайной значимостью данного спортивного события; 2) отсутствием в составе ко- манды специалиста, который продолжал бы осуществлять психологическую поддержку паралимпийцев и на финальной стадии подготовки к ответственным соревнованиям. По завершении последнего этапа Кубка мира, проходившего в начале февраля в Германии, такой поддержки уже не было. А как показала практика проведения психических тренировок на всех этапах подготовки к Ванкуверу, практически всегда сеансы аутотренинга, внущенного отдыха, светозвуковой стимуляции давали срочный положительный эффект.

Практика рекреационных занятий для младших школьников с нарушением интеллектуального развития

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

Ключевые слова: программа, практика, легкая степень умственной отсталости, хореография, рекреационные занятия.

Аннотация. Описание программы рекреационных занятий для младших школьников с нарушением умственного развития в практике работы специального (коррекционного) образовательного учреждения.

Контакт: Irina.panther@gmail.com

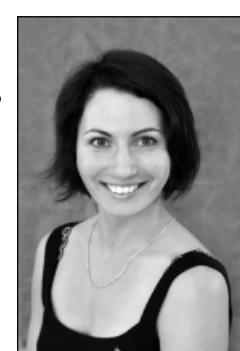
The practice of recreational activities for primary school children with intellectual disabilities

Krutikova I. S., postgraduate student

National State Lesgaft University of Physical Culture, Sports and Health, St. Petersburg

Keywords: program, practice, mild mental retardation, choreography, and recreational activities.

Abstract. Description of the program of recreational activities for primary school children with intellectual disabilities in the practice of special (correctional) educational establishments.



К лицам с нарушением умственного развития (умственно отсталым) относят лиц со стойким, необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим вследствие органического поражения коры головного мозга, имею-

щего диффузный характер [4]. По данным Всемирной организации здравоохранения количество детей с нарушениями умственного развития достигает примерно 1–5%. В нашей стране около 10% детского населения имеют различные отклоне-

ния в развитии. Если обратиться к данным Министерства образования Российской Федерации, то среди специальных (коррекционных) образовательных учреждений наибольшее число приходится на школы, где обучаются дети с легкой степенью ум-

ственной отсталости [7]. Нарушение в познавательной сфере таких детей, как правило, сочетается с отклонениями в развитии двигательной сферы. К тому же, в коррекционных образовательных учреждениях внимание педагогов акцентировано в первую очередь на поддержание дисциплины. И ученики вынуждены сдерживать свои двигательные потребности, что становится причиной гиподинамии и гипокинезии, в то время как практический опыт показывает, что умственно отсталые дети особенно нуждаются в повышении двигательной активности.

Многообразие отклонений в состоянии здоровья, недостаточность адаптационного потенциала, неразвитость координационных способностей, низкий уровень физического развития и физической подготовленности, недостаток возможностей эмоциональной разрядки воспитанников коррекционных образовательных учреждений говорит об актуальности изменения традиционного подхода в постановке физкультурно-оздоровительной работы, особенно для детей младшего школьного возраста.

По мнению специалистов – Евсевьева С. П., Озерецкого Д. С., Гуревич М. О., Медведевой Е. А., Ильина Е. П. и др. – движение относится к неспецифическим действующим терапевтическим факторам. Различные формы и средства движений изменяют общую реактивность организма, повышают его устойчивость, разрушают патологические и динамические стереотипы, связанные с данным видом нарушения развития, и создают новые, обеспечивающие необходимую адаптацию [3]. Наибольший эффект применения движений в работе с детьми с легкой степенью умственной отсталости проявляется в сочетании с музыкой. Коррекционная основа строится на единстве музыки и движений, на активной целенаправленной двигательной деятельности ребенка под музыку [5].

Психотерапевтическое использование движения способствует эмоциональной, когнитивной, социальной и физической интеграции человека. С первых дней своей жизни, мы общаемся, выражаем наши потребности и желания через жест и звук. Хо-

реография говорит на языке ребенка и выражает свои эмоции через движения тела. Такая деятельность, включающая основные локомоторные движения – ходьбу, бег, прыжки, – необходимые в быту и трудовых действиях, является естественной потребностью и доступной формой двигательной и эмоциональной активности ребенка.

Практическая реализация вышеизложенных гипотез заключается в разработке нами программы рекреационных занятий с использованием средств хореографии для младших школьников с легкой степенью умственной отсталости.

Проверка разработанной программы в педагогическом эксперименте осуществляется в виде рекреационных занятий для младших школьников специальной (коррекционной) школы VIII вида № 657 Приморского района Санкт-Петербурга.

В разработанную нами программу включены следующие компоненты:

- занятия хореографией (6 часов в неделю),
- занятия по музыкальной грамотности (4 часа в неделю),
- художественно-досуговая деятельность.

– работа с родителями (Рис.).

Занятия хореографией направлены на развитие эмоционально-эстетических потребностей детей, на повышение их танцевально-образовательного, танцевально-деятельностного, танцевально-творческого и ценностно-ориентационного уровней. Основным средством хореографии являются физические упражнения под музыку. Направленность упражнений представлена на рисунке.

Занятия по музыкальной грамотности проводятся совместно с музыкальным руководителем. Все направления и темы занятий по музыкальной грамотности разработаны с учётом их использования в хореографии.

Художественно-досуговая деятельность предполагает выступление на праздниках, участие в соревнованиях (конкурсах), участие в физкультурно-массовых мероприятиях, где дети получают яркие незабываемые впечатления, приобретают художественно-эстетический опыт, получают возможности для самореализации, раскрытия своих способностей.

Работа с родителями включает беседы и совместные занятия с родителями. Примерные темы бесед с родителями:

- Влияние хореографии на гармоничное развитие личности.
- Коррекционно-развивающие возможности хореографического искусства.
- Гигиенические требования к одежде и обуви для занятий хореографией.
- Хореографическое воспитание детей в условиях семьи [2].
- Танцевальная терапия в коррекционной работе с детьми [6].

В совместных занятиях родители выступают в разных качествах: зритель; помощник педагога; ученик, посещающий занятия хореографией; партнер ребенка, как своего, так и другого.

В основе программы лежат принципы: гуманистической целенаправленности, целостности и непрерывности педагогического процесса, коррекционно-компенсирующей направленности и личностно-деятельностного подхода в воспитании



Рис. Программа рекреационных занятий с использованием средств хореографии для младших школьников с нарушением умственного развития.

и обучении, художественно-коррекционного воздействия [3].

Организация занятий по разработанной программе в системе дополнительного образования в специальной (коррекционной) школе VIII вида имеет особенности. Они прослеживаются во взаимодействии в работе нескольких специалистов (дефектолога, хореографа, музыкального руководителя, психолога, воспитателя), в обязательном планировании работы только после диагностического обследования детей, в создании заведующей учебным процессом необходимых условий, обеспечивающих успешное проведение занятий.

По форме организации занятия могут быть фронтальными (когда участвует вся возрастная группа детей – 15-18 человек), подгрупповыми (4-7 детей) и индивидуальными (1-2 ребенка). Фронтальные занятия являются основной организационной формой. Они проводятся с учетом индивидуальных особенностей и возможностей детей. Индивидуальные и подгрупповые занятия проводятся с детьми, которые не успевают усваивать программный материал или пропустили много занятий из-за болезни. На индивидуальных занятиях у детей закрепляются основные умения и навыки в хореографии.

Для выявления особенностей нарушений в развитии детей с легкой степенью умственной отсталости и подбора эффективных средств для коррекции проводится диагностическое обследование. Психиатр, невропатолог, дефектолог психолог проводят диагностическое обследование познавательной, эмоционально-волевой, личностной сфер каждого ребенка. Музыкальный руководитель оценивает уровень развития детей в музыкальной деятельности. Хореограф проводит диагностику уровня танцевально-эстетического развития детей, используя тест «Танцевально-эстетическое развитие детей младшего школьного возраста» (Е. А. Медведева, 2002):

- оценка эмоционально-эстетического отношения к хореографии,
- оценка знаний о хореографии,
- оценка восприятия движений под музыку,

- оценка способности к импровизации и передаче образа средствами хореографии,
- оценка коммуникативных способностей.

Разработанная программа внедрена в процесс дополнительного образования специальной (коррекционной) школы VIII вида Приморского района Санкт-Петербурга. Промежуточные тестирования в ходе педагогического эксперимента и экспертные оценки специалистов, педагогов, родителей подтверждают эффективность включения средств хореографии в процесс адаптивной двигательной рекреации. Достоверность результатов исследования подтверждается динамическими наблюдениями, и будет дополнена количественными характеристиками после обработки статистического материала, накопленного в ходе эксперимента.

Литература

1. Барышникова Т. Азбука хореографии / Т. Барышникова. – М.: Рольф, 2001. – 272 с.
2. Бочарова Н. И. Организация досуга детей в семье / Н. И. Бочарова, О. Г. Тихонова. – М.: Академия, 2001. – 208 с.
3. Медведева Е. А. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика / Е. А. Медведева, Л. Н. Комисарова, Г. Р. Шашкина, О. Л. Сергеева; под ред. Е. А. Медведевой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 224 с.
4. Назарова Н. М. Специальная педагогика: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Л. И. Аксенова, Б. А Архипов, Л. И. Белякова и др.; под ред. Н. М. Назаровой. – 6-е

- изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – 400 с.
5. Сапогов А. А. Гармония духа и материи / А. А. Сапогов. – СПб.: Гиперион, 2003. – 352 с.
6. Смит Л. Танцы. Начальный курс / Л. Смит; пер. с англ. Е. Опрышко. – М.: Астрель, 2001. – 48 с.
7. Центр «Семья» – [Электронный ресурс]. – <http://www.homekid.ru/index.html> (дата обращения 28. 02. 2011).



Оценка результатов физической подготовленности у паралимпийцев с сенсорно-двигательными нарушениями сборной команды России по дзюдо

Барченко С. А., аспирант. ФГУ СПбНИИФК,

Пономарев Г. Н., доктор педагогических наук, профессор, РГПУ им. А. И. Герцена.

Иванов А. В., кандидат педагогических наук, доцент, руководитель комплексной научной группы паралимпийской сборной команды России по дзюдо,

Краснoperova T. V., кандидат биологических наук. ФГУ СПбНИИФК.

Ключевые слова: дзюдоисты-паралимпийцы, физическая подготовка, общая и специальная физическая подготовленность, физические качества.

Аннотация. Комплексная научная группа обследовала дзюдоистов с сенсорно-двигательными нарушениями паралимпийской сборной команды России. Установлено улучшение специальных скоростно-силовых качеств, отражающих целенаправленную подготовку дзюдоистов-паралимпийцев к соревнованиям.

Контакт: info@spbniifk.ru

Assessment of results of physical readiness in paralympic with sensory-motor impairment of Russian national team in judo

Barchenko S. A., postgraduate student. St. Petersburg Research Institute of Physical Culture

Dr. Ponomarev G. N., Professor. Herzen State Pedagogical University of Russia, St. Petersburg

Ivanov A. V., PhD, Assistant Professor, Krasnoperova T. V., PhD. St. Petersburg Research Institute of Physical Culture

Keywords: paralympic judo, physical training, general and special physical readiness, physical features.

Abstract. Complex scientific team surveyed judoka with sensory-motor impairment Paralympic Team Russia. Established improvement special speed-strength, reflecting the focused training Paralympic judoka to compete.

Введение

Для достижения высоких спортивных результатов необходима разработка системы научно-методического сопровождения на различных этапах процесса подготовки дзюдоистов-паралимпийцев. Наиболее важными сторонами спортивного мастерства квалифицированных дзюдоистов является физическая, техническая, тактическая подготовленность (Мартемьянов Ю. Г. и др., 2009). Физические качества дзюдоиста могут играть различную структурную роль в спортивной деятельности на разных ее этапах. В процессе овладения спортивным мастерством (операциями и действиями) уровень физических качеств является важным условием успешности выступления на соревнованиях (Алексеев А. А., 2006). Известно, что физическая подготовка, общая и специальная, составляет фундамент спортивного мастерства любого вида спорта и, конечно, единоборств. Чем лучше развиты физические качества у спортсмена, тем очевиднее он может рассчитывать на удачное выступление на соревнованиях. Таким образом, в блоке физической подготовленности следует отметить важность изучения специальных физических качеств, которые значительно определяют успешность соревновательной деятельности. Оценка уровня специальной и общефизической подготовленности дзюдоистов-паралимпийцев проводится по комплексу тестов, как в специфических, так и неспеци-

фических для дзюдо условиях. В связи с этим, в процессе спортивной подготовки дзюдоистов много внимания уделяется развитию физических качеств и определения их уровня (Газиявдибиров М. Г., 2006). Предполагается, что использование показателей общей и специальной физической, технико-тактической и функциональной подготовленности в едином комплексе повысит эффективность подготовки дзюдоистов к соревнованиям и объективизирует прогноз роста спортивного мастерства борцов на этапе спортивного совершенствования.

Цель исследования: совершенствование подготовки спортсменов – паралимпийцев на примере дзюдоистов с сенсорно-двигательными нарушениями сборной команды России с учетом результатов общей и специальной физической подготовленности.

Методы исследования: теоретический анализ и обобщение литературных источников, педагогическое наблюдение, тестирование показателей общей и специальной физической подготовленности спортсменов с использованием современных диагностических стендов, педагогический эксперимент, компьютерная математическая обработка экспериментальных данных.

Организация исследования: исследование осуществлялось в период с мая 2007 года по июнь 2009 года. В процессе многоэтапного последовательного педагогического экспери-

мента участвовало 20 членов паралимпийской сборной команды России по дзюдо, 10 мужчин и 10 женщин. Работа проводилась в рамках научно-методического обеспечения паралимпийской сборной команды России по дзюдо силами комплексной научной группы ФГУ СПб НИИФК.

Оценка физической подготовленности проводилась по следующим тестам:

- Бег 60 м.
- Специальный тест для оценки времени, затраченного дзюдоистом на проведение 18 бросков с тремя партнерами.
- Тест «Спурт» для оценки специальной выносливости.
- Оценка скоростно-силовых качеств: выполнение тройного прыжка с места, подтягивание на перекладине (10 раз на время) у мужчин; лазание по канату (в два приема) для женщин.

– Оценка силовые качества: у мужчин – подтягивание на перекладине в режиме одно подтягивание за 3 секунды, у женщин – вис на согнутых руках на кимоно.

– Общая выносливость оценивается по времени пробегания дистанции 1600 метров.

– Оценка уровня функционального состояния. Тесты: «ортостатическая проба», «клиностатическая проба», «частота дыхания», «проба Штанге», «проба Генчи», «динамометрия», «жизненная емкость легких».

В ходе исследования проводился качественный и количественный ана-

лиз результатов тестирования в сравнительном плане.

Результаты исследования

При изучении общей физической подготовленности у высококвалифицированных женщин-дзюдоисток нами установлено, что результаты прыжков в длину с места, характеризующие развитие скоростно-силовых качеств, достоверно изменяются на 9,1% ($p<0,05$) к третьему этапу исследований. На втором этапе исследований изменения результатов в прыжках в длину с места были на 7,5% ($p>0,05$) и незначительный прирост результатов – на 1,4% ($p>0,05$) наблюдался на третьем этапе по сравнению со вторым. В целом, достоверные сдвиги выявлены только на третьем этапе по сравнению с первым.

Достоверных изменений в teste «Вис на кимоно», характеризующем развитие силы, не выявлено, несмотря на то, что процентный прирост результатов на втором этапе по сравнению с первым составил 31,4% ($p>0,05$), а на третьем вырос ещё на 7,4% ($p>0,05$) и по сравнению с первым этапом – 41,2% ($p>0,05$). Результаты подтверждают и данные динамометрии правой кисти – к третьему этапу исследования наблюдается увеличение силы на 21,49% ($p<0,01$) по сравнению с первым этапом исследования.

Достоверные сдвиги установлены в teste «Лазание по канату», характеризующем скоростно-силовые качества. На втором этапе прирост результатов составил 41,8% ($p<0,01$), на третьем этапе по сравнению со вторым вырос на 31,8% ($p<0,05$), а на третьем этапе по сравнению с первым – на 87,0% ($p<0,01$).

Развитие скоростных качеств, анализируемое по тесту бег на 60 м, свидетельствует о тенденции незначительного ухудшения развития данного физического качества. Исходные результаты, полученные на первом этапе, были уже высокими. На втором этапе снижение результатов составило 2,86% ($p>0,05$), на третьем по сравнению со вторым – 1,58% ($p>0,05$) и по сравнению с первым – 4,49% ($p>0,05$).

Нами не выявлены достоверные сдвиги в teste «Бег на 1600 м», характеризующем развитие общей выносливости организма: на втором этапе результат ухудшился на 5,96% ($p>0,05$), к третьему этапу – на 6,83% ($p>0,05$), и по сравнению с первым результаты ухудшились на 13,21%.

Это связано с тем, что на данных этапах тренировки первостепенное значение уделялось совершенствованию скоростно-силовых качеств с преимущественным развитием силы.

При исследовании динамики изменения специальных физических качеств, которые изучались в тестах «Спурт» и «Броски в рваном темпе» нами выявлены достоверные изменения. В teste «Спурт» на третьем по сравнению с первым этапом исследования отмечено улучшение результатов на 23,16% ($p<0,01$). На втором этапе исследования результат тоже улучшился на 16,07%, но был не достоверным ($p>0,05$). В teste «Броски в рваном темпе» на третьем этапе исследования выявлено улучшение результатов по сравнению со вторым этапом на 41,51% ($p<0,01$) и по сравнению с первым на 50,12% ($p<0,01$). Таким образом, улучшение результатов специальной двигательной подготовленности происходит за счет комплексной тренировки скоростно-силовых качеств и развития общей выносливости.

На третьем этапе происходит снижение пульса по сравнению со вторым на 3,9% ($p<0,05$) и с первым на 5,56% ($p<0,01$) этапами исследования. Это связано с совершенствованием адаптационно-приспособительных механизмов сердечно-сосудистой системы. Достоверных изменений параметров, отражающих состояние дыхательной системы (частота дыхания, проба Штанге, проба Генчи, жизненная емкость легких) и состояние вегетативной нервной системы (ортостатическая и клиностатическая пробы) не выявлено.

Анализ изменений результатов общей и специальной физической подготовленности у мужчин-дзюдоистов, имеющих ограничения по зрению показал следующее.

Достоверные сдвиги в результатах по общефизической подготовленности выявлены в прыжках в длину с места, подтягивании на перекладине на время и подтягивании по 3 секунды. В прыжках в длину достоверное изменение результатов наблюдалось только на третьем этапе исследования по сравнению с первым – на 6,96% ($p<0,05$).

Существенные сдвиги в сторону увеличения результатов выявлены в подтягивании на время. Так, на втором этапе исследования по сравнению с первым количество подтягиваний возросло на 44,82% ($p<0,05$), на

третьем этапе по сравнению со вторым – на 40,47% ($p<0,01$) и на третьем этапе по сравнению с первым – на 103,44% ($p<0,01$). Планомерно росли результаты и в подтягивании по 3 секунды. Выбранная скоростно-силовая направленность тренировок способствовала улучшению результатов на 17,07% ($p<0,05$) на втором этапе исследования по сравнению с первым, на 53,12% ($p<0,01$) на третьем этапе по сравнению со вторым и на 79,26% ($p<0,01$) на третьем этапе по сравнению с первым.

Развитие скоростного качества, анализируемое по тесту «Бег на 60 м», свидетельствует о тенденции незначительного ухудшения развития данного физического качества. Исходные результаты, полученные на первом этапе, как и у женщин, были уже высокими. Так на втором этапе по сравнению с первым снижение результатов составило 2,42% ($p>0,05$), на третьем по сравнению со вторым – 2,59% ($p>0,05$) и по сравнению с первым – 5,08% ($p>0,05$).

Не выявлены достоверные сдвиги в teste «Бег на 1600 м», характеризующем развитие общей выносливости организма: на втором этапе выявлена тенденция ухудшения на 2,15% ($p>0,05$), к третьему этапу было ухудшение на 15,58% ($p>0,05$), а по сравнению третьего этапа с первым – результаты ухудшились на 18,07%. Это связано с тем, что на данных этапах тренировки первостепенное значение уделялось совершенствованию скоростно-силовых качеств с преимущественным развитием силы.

Выявлен достоверный прирост результатов в teste «Спурт» к третьему по сравнению с первым этапом исследований на 19,48% ($p<0,05$). В teste «Броски в рваном темпе» достоверный прирост результатов наблюдался уже на втором этапе исследования – 14,73% ($p<0,05$), к третьему этапу прирост составил 20,74% ($p<0,05$), а улучшение результатов на третьем этапе исследования по сравнению с первым составило 38,52% ($p<0,01$). После бросков измерялся пульс за 10 секунд. Он достоверно снижался на втором этапе на 5,42% ($p<0,01$) и на третьем этапе по сравнению с первым на 7,65% ($p<0,01$).

Достоверных изменений параметров, отражающих состояние дыхательной системы (частота дыхания, проба Штанге, проба Генчи, жизненная емкость легких) и состояние вегетативной нервной системы (ортос-

татическая и клиностатическая пробы) нами не выявлено.

Нами не выявлено достоверных изменений параметров системы внешнего дыхания и состояния вегетативной нервной системы. Это, на наш взгляд, связано с многолетними тренировками мужчин-дзюдоистов с ограничениями по зрению, у которых уже сложилась своя функциональная система, являющаяся физиологической основой для тренировок скоростно-силовой направленности.

Заключение

На проведенных комплексной научной группой ФГУ СПбНИИФК трех этапах обследования паралимпийской сборной команды России по

дзюдо с сенсорно-двигательными нарушениями установлено достоверное улучшение результатов специальных скоростно-силовых физических качеств, отражающих целенаправленную подготовку дзюдоистов-паралимпийцев к соревнованиям.

Полученные данные позволяют судить об эффективности разработанных критериях оценки физической подготовки паралимпийцев с сенсорно-двигательными нарушениями.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости участия комплексной научной группы в тренировочном процессе дзюдоистов-паралимпийцев; научно-обоснованное тестирование физических ка-

честв полно отражает систему физической подготовки паралимпийской сборной команды России по дзюдо.

Литература

- Мартемьянов Ю. Г., Чибичик Ю. Е., Габов М. В.: Индивидуальные программы физической подготовки юных единоборцев // Физическая культура. УралГУФК, Челябинск, 2009. 38-39 с.
- Алексеев А. А. Физическая или двигательная подготовка, как процесс совершенствования физических или двигательных качеств // Термины и понятия в сфере физической культуры. Первый международный конгресс 20-22 декабря 2006 года. СПб., 2006.
- Газиявидибиров М. Г. Структура средств скоростно-силовой направленности на этапах предсоревновательной подготовки борцов высших разрядов вольного стиля: автореф. дисс. канд. пед. наук. М., 2006. 22 с.



Поздравляем юбиляра

Сергию Владимировичу Гутникову, генеральному директору Специального Олимпийского комитета Санкт-Петербурга, президенту Федерации физической культуры и спорта инвалидов Санкт-Петербурга, доцуенту Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта и Института специальной педагогики и психологии им. Рауля Валленберга 19 января исполнилось 50 лет.

Судьба распорядилась так, что в 1991 году Сергей Гутников, молодой специалист, только-только закончивший академию физической культуры имени Лесгафта, создал в Санкт-Петербурге региональное отделение Специального Олимпийского движения – Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга. И это было не стечеие обстоятельств, а вполне закономерное событие.

Энергичный, деятельный – Сергей – с детства увлекался и занимался спортом: и когда работал на судостроительном заводе, и когда учился в техникуме, и когда служил в армии. Поэтому поступление в академию Лесгафта для мастера спорта СССР было естественным. Успешно защитив диплом по теме «Организация массовых мероприятий», Гутников, будучи секретарем комсомольской организации судостроительного завода «Северная верфь», продолжил свою профессиональную спортивную деятельность.

В то время считалось, будто бы дети с проблемами интеллекта не требуют к себе особого внимания, что физическая культура и спорт для них не нужны. Гутников и его единомышленники доказали обратное, и на практике показали – эти дети могут, хотят заниматься спортом, творчеством. Организованные по инициативе Сергея Малые Специальные Олимпийские игры укрепили уверенность в правильности выбранного пути. Участники соревнований – воспитанники детских домов и интернатов – получили награды, подарки, но самое главное они почувствовали радость движения и свою сопричастность к окружающему миру.

С 1989 года, когда Советский Союз стал участвовать в Международном Специальном Олимпийском движении, Сергей Гутников стал одним из первых сторонников развития Специального Олимпийского движения России.

С той поры прошло 20 лет. Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга последовательно, шаг за шагом реализует свою главную цель – способствовать распространению занятий спортом и творчеством среди лиц с нарушением интеллектуального развития. На сегодняшний день, во многом благодаря Сергию Владимировичу, в Санкт-Петербурге создана система социальной адаптации и реабилитации детей и взрослых с отклонениями в состоянии здоровья, которая приносит реальные плоды. Достаточно сказать, что за 20 лет Специальным Олимпийским комитетом Санкт-Петербурга проведено около 2500 мероприятий, в которых принимали участие почти полмиллиона человек. В более чем 750 спортивных турнирах состязались почти 80 тысяч спортсменов, более 300 из которых стали участниками Всемирных Специальных Олимпийских игр, и завоевали 388 медалей.

Сергей Владимирович замечательный организатор и идеолог всех программ комитета: спортивных «Special Olympics», «Inas Fied», «Спартакиад районов Санкт-Петербурга», творческой «Special Art», семейной – клуб «Олимпикс», научных, трудовых, оздоровительных... Под его руководством проводятся международные конференции и семинары, идет методическая и просветительская работа. У него много друзей и соратников среди руководителей города, известных спортсменов, артистов, бизнесменов. Он чуткий отзывчивый и благодарный человек.

Его самоотверженный труд неоднократно отмечен наградами российских и международных организаций среди них знак «Отличник физической культуры и спорта РФ», медаль ордена «За заслуги перед Отечеством II степени», золотая медаль Всероссийской общественной комиссии в номинации «За заслуги в развитии спорта и здорового образа жизни» «За полезное», медаль «80 лет Госкомспорту России», медаль «Петра Лесгафта», знаки «Ветеран спорта», «За заслуги в развитии физической культуры и спорта в Санкт-Петербурге», «За гуманизацию школы Санкт-Петербурга».

От души поздравляем Сергея Владимировича Гутникова с пятидесятилетием! Уверены, Ваш неистощимый энтузиазм, кипучая энергия и настойчивость, еще долгие годы будут крепить единство теории и практики адаптивной физической культуры, и способствовать развитию Специального Олимпийского движения.

Редакционная коллегия.

Верхом из «Солнечного острова» в солнечную Грецию

«Позвольте мне победить, но если я не смогу, то пусть я буду смелым в своей попытке» – именно так, торжественно, звучат клятва специальных олимпийцев. Люди, занимающиеся подготовкой спортсменов в Санкт-Петербурге, верят в каждого из них. О предстоящих Всемирных Специальных Олимпийских играх в Греции, смелости Петербургских спортсменов и работе Оздоровительного конного центра «Солнечный остров» рассказала спортивный советник по конному спорту Специальной Олимпиады России, директор центра «Солнечный остров» Ольга Андреевна Сочеванова.

– Всемирные Специальные Олимпийские игры – самое важное событие в движении Special Olympics. Спортсмены из каких городов будут защищать честь России на соревнованиях по конному спорту в Греции в июне 2011 года?

В российскую сборную входят пять спортсменов: трое из них из Санкт-Петербурга, и по одному спортсмену из Йошкар-Олы и Костромы. По составу среди них две девушки и трое юношей.

– Кто занимается подготовкой спортсменов из Петербурга?

Петербургские спортсмены – Андрей Сидоров и Екатерина Кириенкова – более 10 лет занимаются в Оздоровительном конном центре «Солнечный остров». Это одни из первых наших спортсменов, с которыми мы стали выезжать на российские соревнования. Ганецкая Виктория – воспитанница Детского дома № 4 города Павловска, также начинала свои тренировки у нас, а сейчас занимается у тренера Ирины Покровской на базе других конных центров. На соревнованиях в Греции Вика будет выступать в категории шагающих, а Катя и Андрей – на всех аллюрах.

– На каких лошадях тренируются спортсмены?

По программе преодоления препятствий спортсмены сборной занимаются на лошадях «Солнечного острова», которые раньше участвовали в любительских соревнованиях по конкуру и отлично выезжены для этого вида конного спорта. Это Акрополь, Леди Люкс и Подарок. Последние две были подарены «Солнечному острову» президентом федерации конного спорта Санкт-Петербурга А. А. Воробьевым, который активно помогает развитию инвалидного конного спорта в Северо-Западном регионе. Что касается выступлений по программе «Выездка», то это опять же Леди Люкс, а также Тамерлан и Эластика.

Акрополь и Тамерлан были подарены Центру нашими друзьями – семьями Соколовых и Русаковых. Хорошая подготовка лошадей и их уравновешенная психика позволяет готовить спортсменов к соревнованиям высокого уровня даже в условиях отсутствия крытого манежа. Но это касается только спортсменов Специальной Олимпиады. Для сборной команды Санкт-Петербурга круглогодично тренирующейся по Паралимпийской выездке нам приходится арендовать манеж с всепогодным грунтом в КСК «Дубки». Для этой программы очень важны условия для правильных аллюров лошадей, а этого не покажешь на снегу.

– Для спортсменов «Солнечного острова» соревнования в Греции станут дебютом? Или у них уже есть опыт выступления на соревнованиях международного уровня?

Андрей Сидоров принимал участие во Всемирных Специальных Олимпийских играх в Америке, но по другому виду спорта. Для Виктории Ганецкой и Екатерины Кириенковой это дебют на соревнованиях такого ранга. Если говорить об опыте всех спортсменов, тренирующихся в «Солнечном острове», то в 2003 году мы выступали на Играх в Ирландии, где Екатерина Ефимова завоевала золото, серебро и бронзу, а в 2007 году – в Китае. Оттуда две бронзовые и одну серебряную медали привез Алексей Васипов.

– Вместе со спортсменами Вы бывали в разных странах. Есть ли какие-либо отличия в уровне подготовки российских и зарубежных спортсменов, в организации и проведении соревнований?

Конечно, на соревнования высочайшего уровня выходят только самые подготовленные спортсмены. Что касается отличий, то в каждой стране есть либо своя, либо адаптированная к местным условиям или



заимствованная в других странах школа обучения. Формироване школы подготовки спортсменов-конников – это сложный и длительный процесс. В каждой стране, культурно-спортивной конной спорту, подготовка участников, и проведение соревнований носят своеобразный характер. В Китае, например, для проведения соревнований по программе Специальной Олимпиады привезли более ста лошадей из разных стран – Англии, Франции, Германии – и целый год их отбирали и готовили к участию во Всемирных Специальных Олимпийских играх. Обычно на форумах такого масштаба кроме самих соревнований предусмотрена большая и, как правило, чрезвычайно интересная культурная программа: экскурсии, знакомство с историей, традициями, обычаями страны, бытом и образом жизни людей. Запомнилось приветливое, дружелюбное отношение простых китайцев, их желание, как можно больше показать и рассказать гостям. У одного из наших спортсменов был день рождения, так представители оргкомитета испекли для него торт! Он не ожидал такого внимания, и был очень тронут. Организаторы соревнований ответственно подошли к вопросу обеспечения безопасности, вплоть до того, что из гостиницы без сопровождающих нельзя было даже выйти. К каждому спортсмену, вне зависимости от того, имеет он физические нарушения или нет, был

приставлен волонтер. Все было продумано до мельчайших тонкостей.

– Один из принципов Специальной Олимпиады – это предоставление максимальному количеству спортсменов возможностей участвовать в спортивных тренировках и соревнованиях на местном и районном уровнях. Какие соревнования по конному спорту проводятся в Петербурге?

Ежегодно в Петербурге проводится чемпионат города, по результатам которого формируется сборная команда. В декабре 2010 года в Чемпи-

онате Санкт-Петербурга приняли участие 24 спортсмена, представляющие команды «Солнечного острова», конного клуба «ПолиЭко», Детских домов № 4 и № 1, Психоневрологических интернатов № 4 и № 10, а также небольшая по составу сборная команда Ленинградской области, которую представляли воспитанники Всеволожской коррекционной школы-интерната.

Кроме обязательных медалей, в различных номинациях разыгрываются призы от спонсоров – «Стальная езда», «Элегантный всадник», «Лучший дебют», утешительный приз «За волю к победе». Количество номинаций зависит от щедрости спонсоров и богатства воображения судейской бригады и родительского совета. Без подарков не остается ни один из участников соревнований.

– В программе Специальной Олимпиады конный спорт не так распространен, как, скажем, волейбол или футбол. Как вы считаете, с чем это связано?

Соревнования по конному спорту требуют больших затрат, чем другие виды адаптивного спорта. Команду волейболистов, к примеру, можно подготовить в любом спортзале школы. Работа с лошадьми и технически, и организационно сложнее. Конные клубы, как правило, удалены от школ, большинство находится за городом. Стало быть необходимы затраты на дорогу, да и само содержание лошадей – удовольствие не дешевое. А ведь большинство участников этой программы – люди из малообеспеченных семей или из интернатов. Не во всех клубах есть подходящие условия, где можно регулярно тренироваться в удобное время, не мешая частным владельцам лошадей, которые законно хотят тренироваться без помех, так как несут расходы по постоянству своих питомцев. А еще проблемы специальной подготовки лошадей. Кроме того, многие родители недостаточно информированы о пользе верховой езды и считают конный спорт более травмоопасным, чем другие виды спорта.

– Как ребята попадают на занятия конным спортом?

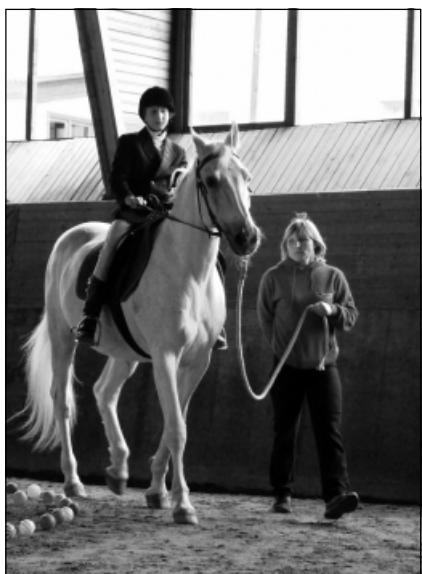
Многие участники, в основном это дети из семей, приходят на програм-

мы иппотерапии, и в последствии мы предлагаем им тренироваться по одной из спортивных программ: «Специальная Олимпиада» или «Паралимпийская выездка». Некоторые к нам на иппотерапию попали, благодаря баронессе Маргарете фон дер Борх, другу и члену попечительского совета центра «Солнечный остров», широко известной своей благотворительной деятельностью в сфере работы с инвалидами. В 2008–2010 гг. «Солнечный остров» получал гранты Президента РФ, на средства которых проводились занятия иппотерапией с воспитанниками коррекционных детских домов и школ-интернатов. Практически все желающие впоследствии смогли принять участие в соревнованиях. Команда детей из Всеволожской специальной (коррекционной) школы-интерната и по окончании средств гранта продолжает тренироваться в рамках собственной благотворительной программы «Солнечного острова».

Что касается воспитанников детских домов, то вопрос их участия во многом зависит от руководителей и педагогов детского дома. Они должны быть энтузиастами своего дела, радеющим за детей, за их успехи, ведь детей нужно возить на занятия после трудового рабочего дня, практически в любую погоду, нести за них ответственность. Так, например, моя коллега Ирина Покровская, инструктор ЛФК в детском доме. Ее воспитанники, в последнее время, тренируются не у нас, но мы регулярно встречаемся на соревнованиях. Ее активная жизненная позиция, трудолюбие, позитивный настрой заражают детей, и, как результат, они всегда получают много медалей.

– Кто финансирует тренировки спортсменов, и помогает ли город в этом отношении?

Тренировки спортсменов не финансируются. Они проходят либо за счет клуба, в котором тренируются участники, либо это происходит по договору с какими-либо организациями (детскими домами, общественными организациями), либо на собственные средства родителей участников. Спонсоры чаще поддерживают другие программы, например, летний конный лагерь, в котором



спортсмены отдохивают и участвуют в учебно-тренировочных сборах.

Комитет по физической культуре и спорту Санкт-Петербурга и Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга финансируют проведение соревнований, в части обеспечения наградной атрибутикой, оплаты судейства и медицинского сопровождения турниров, иногда финансируют аренду лошадей, и часть командировочных расходов для участия сборных команд Санкт-Петербурга в календарных Всероссийских соревнованиях. Были получены субсидии на экипировку спортсменов сборной, их лошадей и на необходимый инвентарь для тренировок.

Мы рады любой помощи, так как это позволяет, аккумулируя средства, которые зарабатываем мы нашим маленьким коллективом и средства наших добровольных помощников, готовить спортсменов-спецолимпийцев, участвовать в соревнованиях, проводить курсы иппотерапии, реализовывать благотворительные программы.

В основном, «Солнечный остров» предоставляет лошадей безвозмездно. Стартовые взносы на соревнования не взимаются. Бизнес-компании предоставляют подарки спортсменам: «Соса-Cola», Кондитерская фабрика им. Н. К. Крупской.

— Каку любого опытного тренера, у Вас, наверняка, есть воспитанники, которых Вы «вырастили». Как, по Вашему мнению, тренировки помогают им в жизни?

Да, у меня много воспитанников. Спортсмены «Специальной Олимпиады» участвуют во многих наших проектах в качестве волонтеров, помогают на конюшне в плане ухода за лошадьми и в наших повседневных трудах. Одна из девушек работает у нас конюхом. Как тренировки помогают им в жизни? Дисциплинируют, способствуют поездкам по стране и по миру. В большинстве своем эти люди — воспитанники интернатных учреждений, и общение с лошадьми меняет их мировосприятие, учит заботиться о ком-то другом, кто требует ухода, помогает социализации в жизни, развивает волевые качества, уверенность в себе.

Был случай, когда наша команда отправлялась в Москву на соревно-

вания, и по Положению нам необходимо было взять еще одного участника, выступающего в категории «шаг с поддержкой». Решили взять Рому. Он на тот момент тренировался недавно и не значился в лидерах. Несмотря на то, что Рома взрослый молодой человек, его мама честно признавалась, что он совершенно не самостоятелен и безынициативен. Тем не менее, перед самой поездкой Рома заявил нам: «Я еду в Москву за золотой медалью!». Мы, честно признаться, тогда рассмеялись, настолько невозможным нам это казалось.

А ведь он и вправду завоевал золотую медаль! На следующий год он снова принял участие в соревнованиях и снова вернулся с золотой медалью.

— Какие чувства Вы испытываете, когда Ваши воспитанники одерживают победу?

Необыкновенной гордости! Иногда просто плачу. Правда (смеется). Когда на международных соревнованиях играет гимн России, это очень торжественно. Пока это случается редко, но вызывает очень сильные чувства.

— Поделитесь планами на будущее. Какие идеи Вы бы хотели реализовать с целью развития инвалидного конного спорта в Петербурге?

Планируем провести соревнования по адаптивному конному спорту, в которых примут участие и паралимпийцы, и спортсмены «Специальной Олимпиады», каждый в своей программе, но в рамках одних соревнований. Хотелось бы укрепить материальную базу и построить на Северо-Западе специализированный конный центр для инвалидов, который имел бы все условия для занятий, включая крытый манеж и учебные классы. Необходимо набрать мо-

национальная федерация лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта (Россия)



1 МАЯ 2011 г.

IV Межрегиональная Конференция

“ИППОТЕРАПИЯ. ИНВАЛИДНЫЙ КОННЫЙ СПОРТ. ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ”

Возможные формы участия:

- Личное участие с докладом/без доклада
- Показательные уроки
- Заочная (публикация) www.ippoterapia.ru
www.horses.lenexpo.ru

Материалы докладов и статей к публикации принимаются до 25 МАРТА 2011 г.

Справки по телефонам:

(812) 235-77-83

8-911-946-73-32 Антонина Цымбал

hippoterapy@mail.ru

2 мая 2011 г. в 12:00 состоится общее открытое собрание членов Национальной Федерации.

В рамках выставки
ИППОСФЕРА-2011

г. Санкт-Петербург,
Васильевский остров,
Большой пр.д. 103, павильон №7

Менеджер по деловой
и культурной программе:
Тел./факс: (812)321-28-66
Факс: (812)321-26-88



лодежь, привлечь больше занимающихся. Это, наверное, касается большей Паралимпийской команды.

Что касается «Специальной Олимпиады», то хотелось бы создать команду Ленинградской области (пока это только несколько воспитанников интерната).

Кроме этого, мы стремимся развивать международное сотрудничество. Недавно совместно с иппотерапевтическим центром из Латвии мы подали заявку на финансирование проекта в Евросоюз. Результаты конкурса еще не подведены, скажу только, что проект направлен на обмен опытом между организациями Северо-Запада России и Латвией, в нем предусмотрены семинары и соревнования на территории обеих стран, учебные поездки в Скандинавию. Так что проектов и идей огромное количество! А вот осуществляются они или нет, будет зависеть от нашего упорства, поддержки благотворителей и государства, профессионализма и энтузиазма тренеров и, конечно, смелости наших спортсменов!

Беседовала
Надежда Кузьменко

Исторические аспекты специального образования слепоглухих детей

**Ростомашвили Л. Н., кандидат педагогических наук, доцент, декан факультета АФК
Институт специальной педагогики и психологии, Санкт-Петербург**

Ключевые слова: слепоглухие дети, специальная педагогика, обучение слепоглухих.

Аннотация. В статье рассматриваются исторические аспекты зарождения науки о методах обучения слепоглухих и практики их обучения в разные периоды развития человечества в странах Европы, Северной Европы и России. Представлен обзор первых попыток обучения, а также теоретических взглядов на обучение и воспитание слепоглухих детей на современном этапе.

Контакт: afk@rwiufc.spb.ru

Historical aspects of special education for deaf-blind children

**Rostomashvili L. N., PhD, Assistant Professor, Dean of APE
University of special education and psychology, Saint Petersburg**

Keywords: deaf-blind children, special education, parenting of deaf-blind

Abstract. The article describes historical aspects of origin of science that research educational methods for deaf-blind and educational practice in different periods of humanity development in European countries including North Europe and Russia. It presents review of the first educational attempts and also theoretical views about educating and parenting of deaf-blind children in modern times.

История современного образования слепоглухих насчитывает около 200 лет. Зарождение педагогических идей и практики воспитания детей с нарушениями развития связано с эпохой Возрождения. Первые теоретические взгляды на обучение и воспитание глухонемых излагает итальянский профессор Д. Кардано в 1561 году. Глухота, по его мнению, происходит от болезни, немота – от глухоты. Опираясь на этот тезис, он разрабатывает первую классификацию людей, имеющих нарушение слуха. Всех глухонемых, по времени наступления глухоты и наличия речи, он разделил на три вида: 1 – глухие от рождения; 2 – рано потерявшие слух (до формирования речевой деятельности); 3 – позднооглохшие, но сохранившие речь [цит. по 8]. В дальнейшем идеи Д. Кардано легли в основу российской сурдопедагогики. В конце XVII в. известный чешский ученый Ян Амос Коменский в своих трудах указывает на необходимость учить детей, имеющих те или иные отклонения в развитии. Я. А. Коменский писал: «Возникает вопрос: можно



Д. Кардано

ли прибегать к образованию глухих, слепых и отсталых, которым из-за физического недостатка невозможно в достаточной мере привить знания? – Отвечаю: из человеческого образования нельзя исключить никого, кроме нечеловека» [8].

Эпоха Просвещения (XVIII в.) считается периодом интенсивного развития частных наук. В 1781 открывается Парижский национальный институт для глухих. В 1786 г. открывается первое учебное заведение для слепых – Парижский институт слепых. Просветительское движение в разных странах развивалось в соответствии с национальными условиями, что в свою очередь, предопределяло социальный статус лиц с различными нарушениями развития. В XVIII в. открываются первые клиники ушных заболеваний, появляются первые «слуховые аппараты» для усиления звуков.

Известно, что первый опыт по обучению слепоглухих детей принадлежит Соединенным Штатам Америки, где 1837 г. учителем Самуэлем Гридли Хоув началось обучение слепоглухой Лауры Бриджмен. С этого периода принято исчислять историю развития данной отрасли педагогики. Однако познания Лауры Бриджмен были весьма скучными, словарный запас ограничен, а обучение прервано слиш-



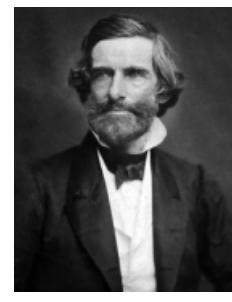
Ян Амос Коменский

ком рано. В этой же школе, получила образование всемирно известная слепоглухонемая Элен Келлер, окончившая Гарвардский университет, затем удостоена ученоей степени. Она становится писательницей и национальным героем США. Элен Келлер – первая слепоглухая, которая не только овладела словесной речью во всех ее формах, но и говорила на нескольких иностранных языках.

В 1847 г. было объявлено о первых результатах обучения группы слепоглухонемых в Швейцарии, а 1886 г. в г. Скара была основана школа для слепоглухих. При этой школе было организовано отделение для детей с множественными нарушениями. В 1965 г. из неё выделилось и было переведено в г. Оребру отделение, которое теперь называется Школой для слепых с множественными дефектами. В 1972 г. недалеко от школы построено отдельное здание, в котором созданы условия для проживания нескольких слепоглухих взрослых выпускников. Вторым отдельным учреждением для слепоглухих было основанное пастором Риманном в Новавесе (Германия) «Убежище для слепоглухонемых». В этих школах обучались трудо деть и взрослые, лишенные зрения и слуха [3]. Следует отметить, что трагические



Элен Келлер

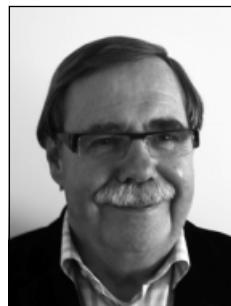


Самуэль Гридли Хоув

последствия эпидемии краснухи (1963–1965 гг.), затронувшие население многих стран явилось причиной рождения детей с различными нарушениями, в числе которых, примерно 2000 имели глубокие нарушения зрения и слуха. В настоящее время, общее число слепоглухих в США насчитывает 40000 человек. Они обучаются при различных учебных учреждениях (школы слепых или глухих детей, государственные институты для умственно отсталых, специальные частные школы). С 1969 г. всю работу по выявлению, учету, изучению и предпрофессиональной подготовке слепоглухих в США координирует Национальный центр им. Эллен Келлер. В шести учебных учреждениях США осуществляется подготовка квалифицированных педагогов для работы со слепоглухими детьми. При Бостонском институте слепых имени Перкинса создано первое учебное отделение для слепоглухих. Здесь проходят обучение и стажировку многие педагоги Европы и Азии, в том числе и российские, в частности, преподаватели Института специальной педагогики и психологии (Санкт-Петербург).

В настоящее время, наибольших результатов в области обучения и воспитания слепоглухих достигнуты в США, Англии, Германии, в странах Северной Европы (Швеции, Финляндии, Норвегии, Дании). В 1961 г. в Голландии при школе глухих открывается отделение слепоглухих, руководителем которого становится известный док-

тор психологии Ян ван Дайк – автор методики работы со слепоглухими детьми, имеющими деструктивное поведение. Этой методикой пользуются педагоги во многих странах мира. В Голландии для слепоглухих, которые не могут освоить программу школьного обучения, открыт Институт для слепых детей с множественными дефектами. С 1981 г. существует Союз учителей слепоглу-



Ян ван Дайк

хих Северных стран, в который входят учителя Дании, Исландии, Норвегии, Финляндии и Швеции. Этот Союз призван координировать усилия педагогов пяти стран в деле обучения и обслуживания слепоглухих детей. Он организует обмен информацией, проводит курсы повышения квалификации педагогов и т. п.

В Польше, где приблизительно насчитывается 7000–8000 слепоглухих, специальных школ или отделений для таких детей не предусмотрено. Так же, как и во многих странах Европы, в Польше нет организованной системы ранней психолого-педагогической, реабилитационной помощи детям с бисенсорными нарушениями. Большинство слепоглухих обучаются в специальных школах для слепых, глухих или умственно отсталых. Для этих детей разрабатываются индивидуальные или экспериментальные планы, предусматривающие общеразвивающие, коррекционно-компенсаторные, физиотерапевтические, логопедические и др. занятия. Дети, имеющие сложные нарушения или аутизм без интеллектуальных нарушений могут обучаться в общеобразовательных или интегрированных школах, где обучение носит частично индивидуальный характер. Польский язык, математику, обществоведение дети изучают с тифло-, сурдопедагогом по общепринятой специальной программе для слепых или глухих. Исходя из индивидуальных возможностей слепоглухого ребенка, предусмотрены групповые занятия по изобразительному искусству, физкультуре, труду и др. Такие формы обучения имеют позитивное влияние на социализацию и интеграцию детей со сложными нарушениями развития.

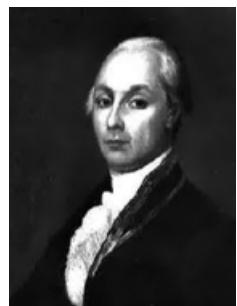
На Руси, так же, как и в Европе, отношение к лицам с ограниченными возможностями здоровья было неоднозначным. Следует отметить, что проявление внимания к нуждам обездоленных детей и подростков на Руси нашло свое отражение в отношениях, как общества, так и государства еще в эпоху Средневековья. Забота о детях с физическими и умственными недостатками сосредоточивается в руках церкви. Кроме того, устанавливалось, что десятая

часть доходов церквей и монастырей должна использоваться для организации приютов и богоделен. Для таких детей и подростков помимо монастырских приютов, открываются первые дома призрения. Таким образом в первой половине XI в. недалеко от Киево-Печерской лавры был открыт дом для детей-сирот (слепых, хромых и глухонемых). То же самое можно сказать о деятельности монастырей и церквей по всей Киевской Руси.

Во второй половине XVIII века (1775 г.), Екатерина II издаёт «Указ об учреждении Приказов общественного призрения», по которому в России начинают создаваться лечебные учреждения, благотворительные заведения и школы. Так, например, в 1763 г. в Москве, по инициативе Екатерины II, был создан первый воспитательный дом с госпиталем для неимущих родильниц. В 1797 г. Аналогичный воспитательный дом открылся в Санкт-Петербурге. Как отмечает Н. М. Назарова, исторические документы этих домов свидетельствуют о том, что в них воспитывались наряду с обычными детьми и дети с нарушениями сенсорного развития. Образование глухонемых детей включало физическое, нравственное и трудовое воспитание. Уделялось внимание укреплению здоровья, закаливанию, организации правильного питания, охране зрения воспитанников.

Определенное влияние на развитие специального образования в России оказали прогрессивные взгляды Радищева на процессы психофизического развития человека. Им показаны значение речи в развитии психики человека, возможность мыслить на основе любой формы

речи, в том числе и на основе жестов, пантомимы и пр. А. Н. Радищев утверждал, что глухонемых и даже слепоглухонемых можно развивать на базе того «природного» средства общения, которое этим детям доступно[8].



А. Н. Радищев

Исключительную роль в развитии специального образования детей с особыми потребностями сыграли работы Л. С. Выготского. Он внес неоценимый вклад в решение многих проблем специальной педагогики, в числе первых можно назвать следующие: а) формирование основ специальной психологии; б) выделение общих закономерностей психического развития при различных нарушениях; в) диагностика нарушений развития; г) учет зоны актуального и ближайшего развития. Л. С. Выготский разработал теорию сложной структуры аномального развития ребёнка с дефектом. Сложность структуры аномального развития, по мнению ученого, заключается в наличии первичного нарушения, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первично-го в ходе последующего социального развития, а также взаимозависимость вторичных и первичных нарушений [2].

В. А. Феоктистова, изучая историю зарубежной тифлопедагогики и практики обучения слепых и слабовидящих детей отмечает, что до середины XVIII в. не появилось ни одного научного труда, в котором были бы представлены методы обучения слепых детей. Только в 1749 г. Дени Дидро (французский философ) опубликовал свои известные труды: «Письмо о слепых в назидание зрячим», а затем в 1751 г. «Письмо глухим и немым».



Дени Дидро

Д. Дидро выдвигает теорию замещения утраченного органа чувств сохранным. В своих работах автор также обращается к судьбам людей-инвалидов, по разным причинам лишенных зрения и слуха. Он выдвигает



Л. С. Выготский

мысль о том, что, хотя слепота и ограничивает восприятие предметов, но оставшиеся органы чувств связывают слепого с внешним миром. Во второй из указанных работ Д. Дидро развивает мысль о том, что общение глухонемых с окружающими вполне возможно, для этого следует с детства учить их единообразному способу коммуникации. Зарождение науки о методах обучения слепых и практики их обучения связаны с именем французского тифлопедагога – основоположника системы образования слепых детей Валентина Гаюи. По инициативе известного российского просветителя К. К. Грота в Санкт-Петербурге в 1881 году создается первая школа в России для слепых детей. Он лично разработал Устав училища, тщательно подобрал педагогические кадры, создал



К. К. Грот

Мариинское Попечительство о слепых. Членами Мариинского Попечительства была создана программа обучения и развития слепых детей. В 1906 г. незрячий князь Денис Оболенский писал: «К. К. Грота по справедливости можно назвать духовным отцом слепых». В 1882 г. при участии А. И. Скребицкого и педагогов школы разрабатывается русский брайлевский шрифт, которым пользуются незрячие по настоящее время. Первым руководителем школы слепых, становится Герман Павлович Недлер. Он проходит подготовку в Дрездене и руководит новым учреждением до 1917 г. [9].

В 1894 году в Санкт-Петербурге мещанкой Е. К. Грачевой организован приют, где осуществлялось обучение детей с тяжелыми формами умственной отсталости и комбинированными нарушениями [10]. В 1903 году за успешные результаты обучения воспитанников этого приюта Е. К. Грачева получает награду – золотую медаль, а в 1904 г. приюту присуждаются почетные дипломы международной выставки в Париже [8].

Учреждение для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата впервые появилось также в Санкт-Петербурге в 1890 г. Общество «Синий крест» открывает приют для детей с ДЦП (детей-калеч и паралииков – так их раньше называли). С 1904 года консультантом, а затем и руководителем лечебного процесса становится основоположник отечественной ортопедии профессор Военно-медицинской академии Г. И.



Г. И. Турнер

Турнер. Таким образом, в конце XVIII века начинает воплощаться в жизнь идея Петра I о необходимости различать нуждающихся по причинам и уровню их нужды и в соответствии с этим определять им помочь [10].

Во второй половине XIX столетия в России отмечаются позитивные изменения в русской национальной педагогической политике, которые документально подтверждены передовыми идеями светского образования, преемственностью в системе обучения, школьное дело в стране неуклонно развивается. До этого времени, как известно, воспитанием глухих, слепых и умственно отсталых занимались церковь и монастыри. Обучение и воспитание детей с сенсорными нарушениями началось с открытия в 1906 г. первого специального учебно-воспитательного учреждения в России (опытное училище для 12 глухонемых) в г. Павловске под Санкт-Петербургом по указанию императрицы Марии Федоровны. Затем эта школа получила от императрицы собственное здание в Санкт-Петербурге (на ул. Гороховой). Первым руководителем училища был Ж.-Б. Жоффе. Создателем первой методики обучения глухих детей является И. Я. Селезнев. Успехи И. Я. Селезнева были столь велики, что президент Вашингтонской коллегии глухонемых Э. Голлодент, побывав в санкт-петербургском училище, отметил, что оно «превосходит видимое мною в Европе и лучшее из того, что мог видеть в Америке». Его поразил

уровень продемонстрированных учащимися знаний и умений [8].

Развитие общества не могло не затронуть проблему воспитания и обучения слепоглухонемых, в 1909 г. открыта первая школа-приют для таких детей и начинается воспитание и обучение детей, лишенных слуха и зрения. В этом же году в Санкт-Петербурге было создано общество попечения о слепоглухонемых, появились первые методики обучения этих детей. В 1910 году М. В. Богданов-Березовский (на Съезде десятилетий по воспитанию и обучению глухонемых в Москве) прочитал доклад о положении и опыте обучения слепоглухих. С 1911 г. Приют был дополнен вторым отделением, для слепоглухих с тяжелыми дополнительными нарушениями, которые нуждались в постоянном уходе и внимании. После 1917 года приют прекратил свое существование. Родоначальником отечественной тифлосурдопедагогики считается профессор И. А. Соколянский. В 1923

году он открывает в Харькове Школу-клинику для слепоглухонемых детей. Именно в этой школе получала образование с 1925 по 1941 г. известная слепоглухая Ольга Скороходова (1911–1982 гг.). Благодаря специальному лечению и обучению, у О. И. Скороходовой была восстановлена звуковая речь, она получила среднее образование. В дальнейшем, высшее образование она получает в московском государственном университете под руководством И. А. Соколянского. Впоследствии она становится кандидатом педагогических наук, научным сотрудником НИИ дефектологии, поэтессой, автором нескольких книг [7]. Первая книга О. И. Скороходовой «Как я воспринимаю окружающий мир» вышла в свет в 1947



И. А. Соколянский



О. И. Скороходова

году, потом издание дополнялось в 1956, 1972 гг., последнее переиздание в 1990 г. [1, 6]. Ниже приведенные строки из её стихотворения «Думают иные...» передают состояние её души:

*Не имею слуха, не имею зрения,
Но имею больше – чувств живых простор:
Гибким и послушным, жгучим откровеньем
Я соткала жизни красочный узор.*

Далее автор обращается к зрячим, призывая их не к состраданию, а к сотрудничеству:

*Если вас чаруют красота и звуки, –
Не гордитесь этим счастьем предо мной!
Лучше протяните с добрым чувством руку,
Чтоб была я с вами, а не за стеной.*

Учениками известного педагога И. А. Соколянского также были Юлия Виноградова, Сергей Сироткин, Юрий Лернер, Александр Суворов, Наталья Корнеева. Все они, также как О. Скороходова, нашли возможности для самореализации своих способностей [1].

В 1963 году в г. Сергиев-Посад (Московской области) открывается Детский дом для слепоглухонемых, который до сегодняшнего дня является единственным в России специальным учреждением обучения и воспитания слепоглухих детей. Следует отметить, что раньше при обучении слепоглухих остаточное зрение не использовалось, а основной сенсорной базой восприятия окружающего мира служило осязание [5, 7]. В настоящее время исследователями разработана целая серия технических средств обучения, направленных на вовлечение остаточного зрения, слуха и других анализаторов в познавательную деятельность. Например, применяемая в процессе обучения и воспитания слепоглухих детей система коррекционно-развивающих занятий, наглядные средства, ТСО, дидактические пособия, способствующие формированию у детей систематизированных представлений о свойствах и качествах предметов, которые в дальнейшем становятся эталонами обследования любого предмета, дают возможность ребенку сопоставить новое качество и дать ему определение.

Наивысший этап развития в истории российской педагогики и специального образования связан с периодом конца XIX – началом XX века. К известным педагогам, посвятившим

свои исследования и научные труды по обучению и воспитанию детей, имеющих сенсорные нарушения, относятся Л. С. Выготский, И. А. Соколянский, А. И. Мещеряков, В. Н. Чулков, Г. П. Бертынь, А. В. Апраушев, Р. А. Мареева, С. А. Сироткин, М. С. Певзнер, В. И. Лубовский, А. И. Скребицкий, А. Р. М. Боскис, Ф. Ф. Рау, Ян ван Дайк, Т. А. Басилова, И. В. Саломатина, Л. А. Головчиц, М. В. Жигорева и др. [1, 5, 9].

Известный педагог и философ Жан Жак Руссо становится основоположником теории естественного, свободного воспитания, сообразного с законами физического, умственного и нравственного развития ребенка. Он выдвигал тезисы активного обучения, связи воспитания с жизнью и личным опытом ребенка, систематической трудовой подготовкой. Известные тифлопедагоги XIX века, такие как В. Гаюи, Л. Брайль, И. Клейн, А. Цейн, К. Григори и др. высказывали ряд интересных мыслей, идей, положивших начало активному использованию физических упражнений в жизни слепых. Рассматривая физическое воспитание слепоглухих детей, следует отметить, что

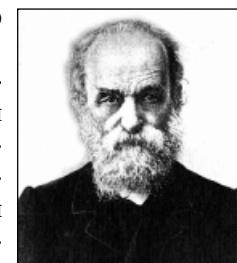
П. Ф. Лесгафт
стоял у истоков
физического об-
разования сле-
пых и слепоглу-
хих детей (жур-
нал «Русский
слепец», 1898).

А в 1909 г. он организовал курс лекций об успешном обучении слепоглухих Лауры Бриджмен и Элен Келлер. Еще через год, в 1910 г. была переведена на русский язык книга Элен Келлер «Оптимизм».

П. Ф. Лесгафт указывал на необходимость широкого применения физических упражнений для формирования у детей пространственной ориентировки и способности сознательного



Портрет Луи Брайля на монете, выпущенной по случаю 200-летия со дня рождения создателя Азбуки слепых.



П. Ф. Лесгафт

Наши авторы

Шелков О. М., кандидат педагогических наук, доцент. директор ФГУ СПБНИФК
Контакт: sh_om@rambler.ru
Ворошин И. Н., кандидат педагогических наук, доцент. ФГУ СПБНИФК
Контакт: Voroshin_igor@mail.ru
Шевцов А. В., кандидат биологических наук, доцент. ФГУ СПБНИФК
Контакт: info@spbniifk.ru
Буйлов П. З., заслуженный тренер России, старший тренер паралимпийской сборной России по лёгкой атлетике с нарушением зрения. ПКР
Контакт: sergeikoralev@gmail.com
Костюченко О. М., заслуженный тренер России, старший тренер паралимпийской сборной России по лёгкой атлетике с ПОДА. Паралимпийский комитет России
Антипов В. А., аспирант. Санкт-Петербургский университет МВД России
Контакт: elena_antipova@rambler.ru
Ессеев С. П., доктор педагогических наук, профессор. Департамент науки, инновационной политики и образования Министерства спорта, туризма и молодежной политики Российской Федерации.
Контакт: sergeikoralev@gmail.com
Антирова Е. В., кандидат педагогических наук, доцент. ФГУ СПБНИФК
Контакт: elena_antipova@rambler.ru
Белкина Е. Б., президент Федерации паралимпийского фехтования, старший тренер сборной команды России по фехтованию на колясках.
Контакт: wheelchair.fencing.rus@gmail.com
Овсянникова К. А., аспирант. Федерация паралимпийского фехтования России
Контакт: wheelchair.fencing.rus@gmail.com
Даянова А. Р., кандидат биологических наук, доцент. Башкирский институт физической культуры
Контакт: gulamannin@mail.ru
Налобина А. Н., кандидат биологических наук, доцент. СибГУФК, г. Омск
Контакт: a.nalobina@mail.ru
Стодская Е. С., аспирант. СибГУФК, г. Омск
Контакт: a.nalobina@mail.ru
Тудков Ю. Э., преподаватель. Дальневосточный федеральный университет, г. Владивосток
Контакт: sadvonik-ain@yandex.ru
Волосникова Т. В., кандидат педагогических наук, доцент. РГПУ имени А. И. Герцена, Санкт-Петербург
Контакт: vtv139@mail.ru
Потапчук А. А., доктор медицинских наук, профессор. СПбГМУ имени акад. И. П. Павлова.
Контакт: vtv139@mail.ru
Литоин Н. Л., кандидат педагогических наук, доцент. Сибирский государственный университет физической культуры и спорта, г. Омск
Контакт: omnakf@mail.ru
Парыгин Е. П., аспирант. СибГУФК, г. Омск
Контакт: omnakf@mail.ru
Махов А. С., кандидат педагогических наук, доцент. Шуйский государственный педагогический университет
Контакт: alekh77@list.ru
Харченко Л. В., кандидат педагогических наук, доцент. Омский государственный университет имени Ф. М. Достоевского.
Контакт: dikarewa@mail.ru
Андреев В. В., соискатель. Хакасский государственный университет имени Н. Ф. Катанова
Контакт: dikarewa@mail.ru
Курыль В. Н., доктор биологических наук, профессор.
Контакт: woof87@inbox.ru
Мисоков В. В., аспирант. Ставропольский государственный университет
Контакт: woof87@inbox.ru
Донек А. В., кандидат физико-математических наук. ФГОУ СПбГУ.
Контакт: Voroshin_igor@mail.ru
Ашапатов А. В., Паралимпийский комитет России
Контакт: Voroshin_igor@mail.ru
Дроздовский А. К., кандидат психологических наук. ФГУ СПБНИФК.
Контакт: drozd53@bk.ru
Громова И. А., главный тренер паралимпийской команды России по лыжам и биатлону (ПОДА), Москва. ПКР.
Контакт: drozd53@bk.ru
Гладышев А. И., тренер по стрельбе паралимпийской команды России по лыжам и биатлону, Бийск. ПКР
Контакт: drozd53@bk.ru
Голуб Я. В., кандидат медицинских наук, доцент. МАПО, Санкт-Петербург.
Контакт: drozd53@bk.ru
Круткова И. С. аспирантка. НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург
Контакт: Irina.panther@gmail.com
Барченко С. А., аспирант. ФГУ СПБНИФК
Контакт: info@spbniifk.ru
Пономарев Г. Н., доктор педагогических наук, профессор. РГПУ им. А. И. Герцена.
Контакт: info@spbniifk.ru
Иванов А. В., кандидат педагогических наук, доцент. ФГУ СПБНИФК
Контакт: info@spbniifk.ru
Красноперова Т. В., кандидат биологических наук. ФГУ СПБНИФК
Контакт: info@spbniifk.ru
Сочеванова О. А.. Оздоровительный конный центр «Солнечный остров»
Контакт: solnostrov@mail.ru
Кузьменко Н. Оздоровительный конный центр «Солнечный остров»
Контакт: solnostrov@mail.ru
Ростомашвили Л. Н., кандидат педагогических наук, доцент. Институт специальной педагогики и психологии
Контакт: afk@rwuic.spb.ru

управления своими движениями. Он придавал огромное значение последовательным и систематическим упражнениям органов чувств. Органы чувств он называл «воротами», при посредстве которых внешний мир влияет на человека и возбуждает в нем умственную работу. Дальнейшая практика обучения, как слепых, так и слепоглухих подтвердила теоретические взгляды Петра Францевича Лесгафта – основоположника отечественной науки о физическом воспитании.

Таким образом, видно, что в последнее время во всех странах мира, в том числе и в России, возрос интерес педагогического научного сообщества, общества в целом к проблеме обучения и воспитания лиц со сложными нарушениями развития. Это проявляется в появлении новых научных исследований, в разработках инновационных технологий специальной помощи детям со сложными нарушениями развития и их семьям. Создаются специальные консультативные центры для родителей, ассоциации родителей-детей слепоглухих, Ушер-Форум и др. Активизировались и государственные органы, которые в постановлениях, различных законодательных актах демонстрируют свою заботу о детях с особыми нуждами. Во многих странах мира признается Саламанская Декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями (1994). В Декларации заявлено:

«...особое внимание надо уделять потребностям детей и молодежи с серьезными или множественными умственными и физическими недостатками. Они имеют такие же права, как и другие, на достижение максимальной независимости, когда станут взрослыми, и должны получить образование с учетом их потенциальных возможностей достижения этой цели».

Письмо Минобразования РФ от 3 апреля 2003 года № 27/2722-6 «Об организации работы с обучающимися, имеющими «сложный дефект» определяет специфику образовательного процесса в специальных классах, группах, группах продленного дня для обучающихся, воспитанников, имеющих сложное нарушение в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях. Специальные классы открываются с целью максимально возможной социальной адаптации, вовлечения в процесс социальной интеграции и личностной самореализации этих обучающихся, воспитанников. Все это свидетельствует об изменении общества и государства к нуждам и потребностям детей со сложными нарушениями развития [1, 4].

Литература:

1. Басилова Т. А. Воспитание в семье ребенка раннего возраста со сложным сенсорным или множественным нарушением /Т. А. Басилова. // Дефектология. – 1996, №3.
2. Выготский Л. С. Движения в жизни ребенка // Хрестоматия по общей психологии / Л. С. Выготский. – М., 1997.
3. Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения /А. И. Мещеряков. – М.: «Педагогика», 1974.
4. Саломатина И. В. Синдром Ушера - чья это проблема? (обзор зарубежной литературы) / И. В. Саломатина. - // Дефектология, 1996, №. 2.
5. Сироткин С. А. Начало становления // Развитие и образование особенных детей: проблемы, поиски / С. А. Сироткин. – М.: Институт педагогических технологий РАО, 1999.
6. Скороходова О. И. Приспособление слепоглухонемого к жизни /О. И. Скороходова. - // Специальная школа, 1968, №1 (105).
7. Соколянский И. А. Обучение слепоглухонемых детей /И. А. Соколянский. - // Дефектология. – 1989, №2.
8. Специальная педагогика: в 3 т.; учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Т. 1. /под ред. Н. М. Назаровой, Г. Н. Пенина. – М.: Издательский центр «Академия», 2007.
9. Феоктистова, В.А. Очерки истории зарубежной тифлопедагогики и практики обучения слепых и слабовидящих детей. – Л., 1973.
10. Шипицына Л. М. От богаделен до коррекционных учреждений: 300-летняя история становления социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в Санкт-Петербурге /Л. М. Шипицына, Н. Н. Соловьев // Социокультурные и социально-психологические аспекты интеграции в общество лиц с тяжелыми и множественными нарушениями: Мат. междунауч. практ. конференции 28-31 мая 2003 г. /Под. Ред. Н. Н. Соловьева. – Псков: ПОИПКРО, 2004.

Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга в истории международного Специального Олимпийского движения



Special Olympics

Международное Специальное Олимпийское движение (Special Olympics International или SOI) основано в 1968 году Юнис Кеннеди-Шрайвер, сестрой президента США Джона Кеннеди. Тимоти Шрайвер – президент SOI.

15 февраля 1988 г. на XV зимних Олимпийских играх в Калгари (Канада) Хуан Антонио Самаранч, Президент Международного Олимпийского комитета, подписал с SOI историческое соглашение: «...принимая во внимание усилия Special Olympics International, способствующие распространению занятий спортом среди лиц с нарушением интеллектуального развития, Международный Олимпийский комитет в официальном порядке признает SOI, которое настоящим получает разрешение на пользование наименованием «Олимпийский».

SOI – крупнейшая в мире программа круглогодичных спортивных тренировок и соревнований для детей и взрослых с проблемами интеллекта. Участниками SOI являются спортсмены более чем 180 стран.

25 февраля 1990 г. на учредительной конференции, собравшей работников физической культуры, народного образования и социального обеспечения из 15 республик СССР, был создан Всесоюзный комитет Специальной Олимпиады.

11 апреля 1991 г. при поддержке Правительства города и лично вице-мэра Виталия Леонтьевича Мутко создана Специальная Олимпиада Ленинграда, которая с июня 1992 г. именуется как Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга (СОК СПб).

28 октября 1992 г. в Санкт-Петербурге подписано «Соглашение о коллективном членстве» между комитетами Администрации города по образованию, по труду и социальной защите населения, по физической культуре и спорту, сорока двумя специальными учреждениями города (детскими домами, интернатами, специальными коррекционными школами) и СОК СПб.

Провозглашено, что основным направлением деятельности Специального Олимпийского движения в Санкт-Петербурге является социальная адаптация и интеграция в общество людей с проблемами интеллекта средствами физической культуры, спорта и творчества.

24 июня 1993 г. СОК СПб аккредитован в SOI.

Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга сегодня – это региональная общественная организация инвалидов, это объединение более 10 тысяч детей и подростков, это более 200 мероприятий ежегодно, это признанный лидер в сфере адаптивной физической культуры и творчества в России, это автор и воплотитель научных программ, признанных лучшими в Европе, по реабилитации людей с нарушением интеллектуального развития.

Специальный Олимпийский комитет Санкт-Петербурга сегодня – это двадцатилетний опыт деятельности по следующим направлениям:

Организация и проведение массовых спортивно-творческих мероприятий городского, всероссийского и международного уровня.

Подготовка и участие сборных команд Санкт-Петербурга по 36 видам спорта в чемпионатах России, Европы, мира и Всемирных летних и зимних Специальных Олимпийских играх; подготовка и проведение Всероссийских универсиад студентов, обучающихся по специальности Адаптивная физическая культура.

Разработка и исполнение долговременных творческих проектов (конкурсов, праздников, выставок, фестивалей).

Создание и модернизация рабочих мест для инвалидов. Производство наградной и спортивной атрибутики.

Создание и реализация научно-методических и реабилитационных программ по адаптивной физической культуре и творчеству совместно с НГУ им. П. Ф. Лесгавта и Институтом специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка им. Р. Валленберга.

Совместно с Правительством России и Администрацией Санкт-Петербурга разработка, стематизация и воплощение в Российской Федерации комплексных программ по адаптивной физической культуре и творчеству.



Виталий Мутко
Президент СОК СПб
Министр спорта, туризма
и молодежной политики
Российской Федерации



Сергей Гутников
Генеральный директор
СОК СПб

Из гимна Специального Олимпийского комитета («Спешил Олимпикс»).
Музыка и слова Артёма Питерского.

Сегодня мы смотрим друг другу в глаза
И верой о счастье живем.
Волшебники мы – мы творим чудеса,
А «Спешил Олимпикс» – наш дом.
И пусть на душе иногда тяжело,
Найдем в этом храме защиту:
Здесь боль солнце лечит, здесь очень светло,
И каждому двери открыты.

Мы странники в мире, но путь нам открыт,
А бог дал талант нам немалый,
И небо от звезд все ярче горит,
Надеждой оно засияло.
И пусть это небо согреет теплом
В холодные долгие дни.
«Спешил Олимпикс» для нас отчий дом,
Мы вместе и мы не одни.



Special Olympics

Специальному Олимпийскому комитету Санкт-Петербурга – 20 лет

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
доктор
педагогических наук,
профессор,
заведующий кафедрой
«Теории и методики
адаптивной
физической
культуры»

НГУ им. П. Ф. Лесгафта
(учредитель)

Отпечатано
в типографии
«Галея Принт». Тираж 1000 экз.