

Адаптивная физическая культура

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

Поздравляем!



Итоги выступления легкоатлетов сборной команды России на Паралимпийских играх 2012 в Лондоне

Стр. 2

Паралимпийские игры Лондон 2012 в истории адаптивного спорта

Стр. 5



Фёдор Триколич

Впервые в истории на состязаниях паралимпийцев, начиная с самого первого дня на трибунах не было свободных мест.



Денис Гулин



Артём Арефьев и Евгений Швецов



Алексей Ашапатов



Евгений Швецов



Оксана Савченко



Маргарита Гончарова



Елена Иванова

№3 (51), 2012

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

Институт специальной педагогики и психологии

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.

Соловьев 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 23.09.2012

Содержание

События, факты

Воронин И. Н., Шелков О. М., Шевцов А. В., Костюченко О. М., Буйлов П. З., Васильев В. И., Степыко Д. Г.	
Итоги выступления легкоатлетов сборной команды России на Паралимпийских играх 2012 в Лондоне	2 и обложка
Гутников С. В., Евсеева О. Э., Кораблев С. В.	
Паралимпийские игры Лондон 2012 в истории адаптивного спорта	5 и обложка
Новые публикации	14, 54, 55
Хучиньски Т.	
Питербаскет в Польше	55
Корнев А. В.	
Итоги первенства России среди юниоров и чемпионата России по голболу (спорт слепых)	56 и 3-я стр. обложки

Эксперт

Евсеев С. П., Аксенова Н. Н.	
Анализ Единой Всероссийской спортивной классификации по игровым спортивным дисциплинам адаптивного спорта.	7
Луценко С. А.	
Технология экспертизы суждений в научных исследованиях по адаптивной физической культуре	15

Образование

Барабаш О. А.	
Модель управления качеством образования по физической культуре в специальном (коррекционном) образовательном учреждении	19
Селитренникова Т. А.	
Управление процессом адаптивного физического воспитания в специальном (коррекционном) образовательном учреждении I-V вида	22

Научные исследования

Федякин А. А., Кортава Ж. Г., Федякина Л. К. .	
Адаптивная двигательная рекреация взрослого населения в санаторно-курортных условиях: проблемы и пути их решения	24
Ростомашвили Л. Н.	
Формирование игровой деятельности у детей младшего школьного возраста со сложными нарушениями в развитии	28
Махов А. С., Степанова О. Н.	
Критерии эффективности функционирования системы адаптивного спорта в Российской Федерации	31
Дроздовский А. К., Коротков К. Г., Громова И. А.	
Экспресс-оценка психофизиологического состояния спортсменов-паралимпийцев в период подготовки и участия в ответственных соревнованиях	33
Топоркова Н. А.	
Мониторинг формирования двигательных навыков у детей дошкольного возраста с ДЦП	36
Гаврилова Е. А., Чурганов О. А., Шелков О. М.	
Анализ регуляции сердечно-сосудистой системы у лыжников с ампутацией конечностей	38
Кунчевская С. В., Пилюсия Н. А.	
Артикуляционная гимнастика как средство преодоления дизартрии у детей дошкольного возраста с ДЦП	40
Андреев В. В., Шурышев Н. А., Андреева О. А., Вовк О. В.	
Особенности развития скоростных способностей у школьников 12-17 лет с депривацией зрения	43
Иорданишивили А. К., Самсонов В. В., Сериков А. А., Солдатова Л. Н.	
Применение АФК в процессе лечения и реабилитации больных старших возрастных групп с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава	45
Ряпина В. О., Сучилин А. А., Емельянова Л. А.	
Оптимизация процесса постнагрузочного восстановления футболистов-ампутантов с учетом характерных изменений психологического и физического состояния	48
Курысь В. Н., Мисюков В. В.	
Взгляд на проблему формирования у больного специальных знаний как основы системных связей реабилитолога и пациента	52

В оформлении обложки использованы:
фото – С. В. Гутников;
материалы Официального сайта IV Паралимпийских летних игр Лондон 2012 (<http://www.london2012.com/paralympics/>).

Итоги выступления легкоатлетов сборной команды России на Паралимпийских играх 2012 в Лондоне

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

Шелков О. М., кандидат педагогических наук, доцент, директор ФГБУ СПбНИФК;

Шевцов А. В., доктор биологических наук, доцент, заведующий сектором «Теории и методики адаптивной физической культуры и спорта».

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

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

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

Васильев В. И., тренер сборной команды России по лёгкой атлетике с поражением ОДА;

Паралимпийский комитет России.

Степыко Д. Г., советник отдела науки и научно-методического обеспечения. Департамент науки и образования Министерства спорта Российской Федерации.

Ключевые слова: лёгкая атлетика, атлеты-паралимпийцы с нарушением зрения, атлеты-паралимпийцы с поражением ОДА, анализ выступления, Паралимпийские игры 2012.

Аннотация. Паралимпийские игры – это главный старт для любого атлета-паралимпийца, и каждый спортсмен, участвующий в данном форуме стремится показать максимум своих возможностей. Сборная России на Паралимпийских играх 2012 г. в лёгкой атлетике впервые заняла второе общекомандное место. В статье приводится анализ выступления сборной команды России.

Контакт: Voroshin_igor@mail.ru

Results in track and field athletics Russian team at the 2012 Paralympic Games in London

Voroshin I. N., PhD, Assistant Professor, the head of complex scientific group paralympic of Russian athletics team,

Shelkov O. M., PhD, Assistant Professor, director of institute,

Dr. Shevtsov A. V., Assistant Professor, the head of department «Theories and techniques of adaptive physical training and sports»,

Saint-Petersburg Research Institute of Physical Culture.

Kostjuchenko O. M., head coach of Russia paralympic team on track and field athletics (athletes with musculoskeletal disorders);

Bujlov P. Z., head coach of Russia paralympic team on track and field athletics (visually impaired athletes);

Vasiliev V. I., coach of Russia paralympic team on track and field athletics (athletes with musculoskeletal disorders), Russian Paralympic Committee.

Stepyco D. G., counselor, the Department of Sciense and Education, Ministry for Sport of the Russian Federation.

Keywords: track and field athletics, visually impaired paralympic athletes, paralympic athletes with musculoskeletal disorders, performance analysis, Paralympic Games 2012.

Abstract. Paralympic Games - is the main starting point for any athlete, and every athlete who participates in this forum aims to show the best of their capabilities. Russian team at the 2012 Paralympics in athletics for the first time took the second place team. The paper analyzes the performances of Russian national team.

В последние годы общей мировой тенденцией является повышение значимости развития адаптивной физической культуры и адаптивного спорта. В нашей стране это особенно актуально, т. к. по официальным данным количество инвалидов в Российской Федерации возрастает с каждым годом на 1 миллион и в 2012 году уже составляет более 16,5 миллионов человек.

Возрастает имиджевое значение достижений атлетов-паралимпийцев на крупнейших международных форумах – чемпионатах Европы, мира, Паралимпийских играх. Ярким примером того может служить медийный ажиотаж вокруг выступления рос-

сийской сборной на Паралимпийских играх 2012 г. в Лондоне. Импульсами к лавинообразному нарастанию интереса со стороны общества, несомненно, стали успехи российских паралимпийцев.

Лёгкая атлетика является самым медалеёким видом спорта, от которого в наибольшей степени зависит общекомандный зачёт на летних Паралимпийских играх. Так, на Олимпийских играх в 2012 г. в лёгкой атлетике было разыграно 47 комплектов медалей, а через месяц на Паралимпийских играх уже 170 комплектов медалей (100 комплектов разыгрывалось на беговой дорожке, 70 в технических дисциплинах). Всего в Лондоне в Па-

ралимпийских легкоатлетических баталиях приняли участие около 1000 атлетов более чем из 150 стран мира. Спортсмены 54 стран завоевали медали различного достоинства.

В лёгкой атлетике на Паралимпийских играх 2012 года сборную команду России представляли 53 атleta, которые на протяжении одиннадцати соревновательных дней смогли выиграть 19 золотых (53% от выигранных нашей сборной), 12 серебряных (32% от выигранных) и 5 бронзовых наград (18%). Всего легкоатлетами завоёвано 36 медалей, что составляет 35% от всех выигранных наград спортсменами Российской сборной. Такое количество наград подня-



ло флаг Российской Федерации на вторую строчку в неофициальном командном зачёте среди легкоатлетов, а также способствовало занятию второй позиции Российской команды по общим итогам форума. Всего российские легкоатлеты-паралимпийцы приняли участие в 67 видах, что составило 39 процентов от проводимых. Помимо завоевания большого количества медалей, Российскими паралимпийцами на легкоатлетическом стадионе было установлено четыре мировых рекорда, один рекорд мира был повторён (все эти достижения покорились атлетам с поражением опорно-двигательного аппарата – ПОДА).

Атлеты с поражением опорно-двигательного аппарата внесли самый большой количественный и качественный вклад в копилку команды. В данной группе честь России защищали 32 спортсмена, которые приняли участие в 44 (35%) из 127 видов программы. Самоотверженность и воля к победе смогли помочь завоевать им 14 золотых, 5 серебряных и 4 бронзовые награды.

Среди всех российских легкоатлетов самое большое количество медалей завоевала Маргарита Гончарова – 38 спортивно-медицинский класс, одержавшая победы в беге на дистанции 100 метров, в прыжках в длину, в составе эстафетного квартета 4x100 м и занявшая второе место в беге на дистанции 200 метров.

По 3 золотых медали выиграли Елена Иванова (36 класс) в беге на дистанциях 100, 200 метров и в составе эстафетной команды 4x100 м, и Евгений Швецов (36 класс) в беге на дистанциях 100, 400, 800 метров. Евгений в беге на 400 метров побил свой же мировой рекорд.

Две золотых награды в метании диска, обновив строчку своего же мирового рекорда, и толкании ядра завоевал знаменосец российской сборной Алексей Ашапатов – 58 класс, прибавив их к двум золотым медалям, выигранным в 2008 г. на Паралимпиаде в Пекине.

Золотую медаль в прыжках в длину и серебряную в беге на дистанции 100 метров завоевала Николь Родомакина – 46 класс. В беге на 200 метров в 37 классе среди мужчин, повторив мировой рекорд, одержал победу Роман Капранов. Он же смог подняться на третью ступень пьедестала почёта в беге на 100 метров.

С мировым рекордом в 37 классе прыжки в длину выиграл Гоча Хугасев. В толкании ядра с мировым рекордом победил Никита Прохоров – 46 класс.

Помимо Гончаровой и Ивановой в составе эстафетной команды первое место заняли Анастасия Овсянникова и Светлана Сергеева (обе 37 класс). Второе место в беге на 800 метров в 36 классе, уступив только Евгению Швецову, завоевал Артём Арсеньев. Алексей Кузнецов в метании копья со

станка в 54 классе смог подняться на вторую ступень пьедестала почёта. Ещё одним серебряным призёром Игр стала в 46 классе в метании копья Наталья Гудкова. Бронзовые медали завоевали Владимир Свиридов в прыжках в длину – 36 класс, Лариса Волик в метании копья со станка – 57 класс и Евгения Трушникова в беге на 400 метров среди спортсменок 37 класса.

Огромный вклад в беспрецедентный успех сборной команды России в легкоатлетической программе внесли атлеты с нарушением зрения. В российской команде эту категорию представляли 18 спортсменов, которые выступали в 20 видах программы (54%) из 37 проводимых. Эти атлеты смогли завоевать 5 золотых, 6 серебряных и 1 бронзовую награды.

Две золотые медали в беге на 400 метров и в составе эстафетной команды 4x100 метров, а также одну серебряную в беге на 200 метров выиграл Алексей Лабзин, выступающий в 13 классе. Ещё один участник победной эстафетной команды 4x100 метров Фёдор Триколич (12 класс) тоже выиграл в общей сложности 3 медали, завоевав второе «золото» в беге на 100 метров и ещё одну уже серебряную медаль в беге на 200 метров. Денис Гулин (11 класс) смог дальше всех улететь в тройном прыжке, выиграв тем самым золотую Паралимпийскую медаль. В беге на 1500 метров в 12 классе победу одержала Елена Паутова. В составе победного эста-

фетного квартета на верхнюю строчку пьедестала почёта в месте с Триколичем и Лабзинным поднялись Евгений Кегелей (12 класс) и Андрей Коптев (11 класс).

Серебряными призёрами лондонских Паралимпийских игр стали Владимир Андрющенко в толкании ядра в 12 классе, Александр Зверев в беге на 400 метров – 13 класс, Егор Шарпов в беге на 800 метров в 12 классе, Анна Сорокина в метании копья, выступающая также в 12 спортивно-медицинском классе.

Бронзовым медалистом Паралимпийских игр 2012 года стал Артём Логинов – 13 класс в беге на 200 метров.

После продолжительного перерыва (с 1992 г.) в паралимпийскую легкоатлетическую семью вернулись атлеты с интеллектуальными нарушениями (класс Т/F 20). Среди спортсменов данной категории было разыграно 6 комплектов наград – три у мужчин, три у женщин. Нашу страну представляли 3 спортсмена. В прыжках в длину среди женщин на вторую ступень пьедестала почёта поднялась Кристина Жукова.

Самый большой медальный вклад в общую лондонскую Паралимпийскую копилку российской команды внесли легкоатлеты, представляющие Санкт-Петербург – Евгений Швецов, Фёдор Триколич и Денис Гулин в троем выиграли шесть золотых и одну серебряную медали!

Результаты Российских легкоатлетов-паралимпийцев на XIV летних Паралимпийских играх в Лондоне – великолепное достижение! Особенно в сравнении с результатами выступления наших легкоатлетов в 2008 году на Паралимпийских играх в Пекине, где разыгрывалось 160 комплектов наград, и российскими спортсменами завоёваны 16 медалей, 3 из которых были золотые, что позволило занять 13 общекомандное место. Тогда на легкоатлетической дорожке цвета Российской флага защищали 39 атлетов – 24 паралимпийца с поражением ОДА и 15 с нарушением зрения.

Нельзя сказать, что успех сборной команды России на Паралимпийских играх в Лондоне в лёгкой атлетике является неожиданностью. На протяжении всего четырёхлетнего олимпийского цикла (2009–2012 гг.) ко-

манда демонстрировала высокие результаты. К самым значимым достижениям необходимо отнести (в хронологической последовательности):

- впервые завоеванное третье общекомандное место на Чемпионате мира 2009 года IWAS в индийском Бангалоре;

- впервые завоеванное второе общекомандное место на Чемпионате мира 2011 года в новозеландском Крайсчерче (выиграно 35 медалей, из которых 18 золотые);

- впервые завоеванное первое общекомандное место на чемпионате Европы 2012 года в нидерландском Стадсканале (выиграно 75 медалей, из которых 30 золотые).

Основными факторами, способствовавшими достижению успеха, на наш взгляд стали:

- во-первых, высокий интерес со стороны общества, а также высшего руководства страны, главы государства;

- во-вторых, возможность подготовки спортсменов на лучших учебно-тренировочных базах страны;

- в-третьих, работа с командой тренеров и специалистов высокого профессионального уровня;

- в-четвёртых, самоотдача спортсменов и понимание важности выполняемого ими дела.

Для движения вперёд, а именно для улучшения результатов, необходимо выявлять слабые стороны подготовки команды, которые проявляются, как правило, в самый неподходящий момент – во время ответственных соревнований. Из недостатков подготовки и выступления сборной России в легкоатлетической программе лондонской Паралимпиады, на наш взгляд необходимо выделить:

1. Неучастие спортсменов нашей страны в большом количестве видов легкоатлетической программы соревнований. Такая ситуация сложилась из-за отсутствия в команде конкурентоспособных атлетов (мужчин, женщин) бегунов-колясочников. А ведь в этой категории спортсменов разыгрывалось 32 комплекта медалей. Аналогичная ситуация сложилась и среди спортсменов с нарушением зрения (классы 11–13), где спортсменки России не участвовали ни в одной спринтерской и прыжковой дисциплине, в которых разыгрывалось 9 комплектов медалей.

2. Малое число тренеров, командированных на Паралимпиаду в Лондон – 15 человек, а также отсутствие на самом ответственном старте комплексного научного обеспечения.

3. Отсутствие в высших Паралимпийских органах (международный паралимпийский комитет, международная классификационная комиссия) представителей России, что зачастую приводит к невозможности отстаивания интересов страны при принятии важнейших решений.

При подготовке Паралимпийских сборных команд России к ответственным соревнованиям значительную роль играют комплексные научные группы (КНГ), которые своей работой практически на всех спортивных мероприятиях решают важнейшие задачи по улучшению тренировочного процесса легкоатлетов-паралимпийцев. К основным направлениям в деятельности КНГ можно отнести:

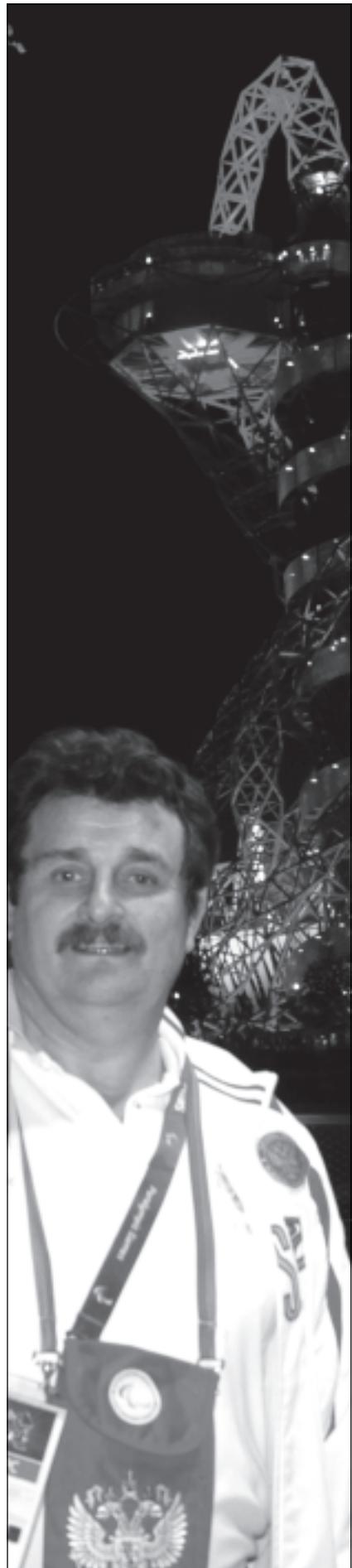
- контроль и коррекция технических действий спортсменов;

- оптимизация учебно-тренировочной и соревновательной деятельности;

- контроль и коррекция психологического состояния спортсменов, повышение уровня саморегуляции;

- выявление биохимических и физиологических информативных параметров, характеризующих функциональное состояние организма спортсмена.

В преддверии Паралимпийских игр руководителем КНГ, на основании анализа данных о соревновательной и учебно-тренировочной деятельности российских легкоатлетов-паралимпийцев в 2009–2012 гг., был сделан прогноз выступления на предстоящем форуме. Прогнозировалось завоевание 33–38 медалей всех достоинств, из которых 14–19 золотых. Как по количеству «золота», так и по количеству общего числа медалей прогноз совпал полностью. Если анализировать успешность прогноза по каждому атлету, то совпадение составило 79%. Негативно на точность прогноза повлияло отсутствие возможности мониторинга выступления атлетов в ходе предсоревновательного сбора перед ответственным стартом и изменение состава команды после опубликования прогноза.



Паралимпийские игры Лондон 2012 в истории адаптивного спорта

Гутников С. В., президент спортивной федерации спорта инвалидов Санкт-Петербурга, генеральный директор Специального Олимпийского комитета СПб, доцент НГУ им. П. Ф. Лесгафта и Института специальной педагогики и психологии.

Евсеева О. Э., кандидат педагогических наук, профессор, НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург.

Кораблёв С. В., научный сотрудник, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры.

Ключевые слова: Паралимпиада, спортсмены с нарушением интеллекта, результаты спортсменов Санкт-Петербурга.

Аннотация. Результаты участия атлетов Санкт-Петербурга (в том числе с нарушением интеллекта) в Паралимпийских играх в Лондоне 2012.

Контакт: sergeikorablev@gmail.com

London 2012 Paralympic Games in the history of adaptive sports

Gutnikov S. V., President Disabled Sports Federation St. Petersburg, General Director of the Special Olympic Committee of St. Petersburg, Assistant Professor the Lesgaft National State University of Physical Education, Institute of Special pedagogy and psychology.

Evseeva O. E., PhD, Professor, the Lesgaft National State University of Physical Education, St. Petersburg.

Korablev S. V., Scientist, St. Petersburg Research Institute of Physical Culture.

Keywords: Paralympics, athletes with intellectual disabilities, the results of athletes in St. Petersburg.

Abstract. Results of participating athletes, St. Petersburg (including intellectual disabilities) in Paralympic Games in London 2012.

Как столица Паралимпиады, Лондон 2012 займет особое место в истории.

После 12-летнего перерыва, более сотни спортсменов – лиц с интеллектуальными нарушениями (ИН) были отобраны национальными Паралимпийскими комитетами для соревнований в Лондоне 2012. Эта группа атлетов была исключена из участия в программе Игр в Афинах (Греция) 2004 и в Пекине (Китай) 2008, после того, как ряд спортсменов на Играх 2000 в Сиднее (Австралия) соревновались в классе ментальных инвалидов, не имея интеллектуальных нарушений.

Спортивная общественность пришла к выводу, что необходима система, которая помогла бы достоверно определить право спортсмена с ограниченными возможностями здоровья на участие в соревнованиях.

Международная Федерация спорта лиц с интеллектуальными нарушениями (INAS-FID) и Международный Паралимпийский комитет (IPC), объединив свои усилия, при поддержке целого ряда университетов и ученых, работающих в области спорта, разработали критерии для определения пригодности и процедуру определения класса для конкретного вида спорта.

В Играх 2012 спортсмены с интеллектуальными нарушениями соревновались в трех дисциплинах – легкой атлетике (классы T/F20), плавании (класс S14) и настольном теннисе (класс 11).

Надо сказать, что стремление людей с интеллектуальными нарушениями к занятиям адаптивным спортом, к участию в соревнованиях за годы отлучения от паралимпийского движения, реализовывалось в участии таких спортсменов в мероприятиях Специальной Олимпиады. Однако, как известно, «Специал Олимпикс» – это общественная организация, на мероприятия которой не продаются билеты, не выплачиваются призовые вознаграждения победителям соревнований, и все финансирование осуществляется за счет добровольных пожертвований. В соревнованиях по программе Специальной Олимпиады отмечаются лишь индивидуальные возможности участников, фиксируются только личные достижения, медали, завоеванные спортсменами той или иной страны, не подсчитываются. Шанс победить имеет каждый участник, поскольку соревнования проходят среди группы спортсменов с практически равными возможностями.



И вот историческая справедливость восстановлена: спортсмены ЛИН опять полноправные участники Паралимпийских игр.

Однинадцать дней 2,5 миллиона зрителей на трибунах спортивных арен Лондона и миллиарды телезрителей во всем мире следили, как люди без ног, без рук, слепые, с поражениями опорно-двигательного аппарата, с интеллектуальными нарушениями бегали, прыгали, плавали, играли в теннис, баскетбол, футбол, поднимали тяжести – и выглядели настоящими атлетами. Выражение «человек с ограниченными возможностями» никак не вязалось со счастливыми лицами победителей. Самоотдача, жажда борьбы и победы – в этих состязаниях было всё, что присуще спорту высших достижений. Эмоциональный подъем захватывал забытые до отказа трибуны. Великолепное зрелище! А протезы, коляски, не-произвольная мимика участников не то чтобы отходили на второй план, а вообще воспринимались как необходимые атрибуты, как теннисная ракетка или шест для прыжка в высоту в руках спортсмена. На первом плане были самоотдача, торжество человеческого духа и жажда победы в честной борьбе с достойными соперниками.

Праздник большого спорта состоялся. Впервые в истории на состязаниях паралимпийцев, начиная с самого первого дня на трибунах не было свободных мест. В 1960 году, когда состоялась первая официальная церемония открытия таких Игр в Риме, на нее пришло 5000 человек. В этом году в Лондоне – 80 тысяч, полная Главная Арена.

В Паралимпиаде 2012 участвовало 4200 спортсменов из 165 стран. В составе сборной России 189 атлетов соревновались в 12 видах спорта, и в итоге завоевали в Лондоне 102 ме-

дали: 36 золотых, 38 серебряных и 28 бронзовых. Спортсмены из Петербурга (табл.) и Ленобласти состязались в гребле, легкой атлетике, пауэрлифтинге, плавании и футболе.

В беге на 100 м Евгений Швецов завоевал первую золотую медаль и установил рекорд Паралимпиад, пробежав дистанцию за 12,08 с. Затем были победы на дистанции 400 (53,31 с – мировой рекорд) и 800 м (также с паралимпийским рекордом). Тренируют талантливого атleta Елена Зацепина и Михаил Алесин.

Фёдор Триколич завоевал золото на стометровке (10,81 с), а на следующий день в эстафете 4x100 м – вторую золотую медаль. На дистанции 200 м Фёдор был вторым, проигравпольскому атлету доли секунды. Хотя в предварительных соревнованиях имел лучший результат.

Денис Гулин в тройном прыжке с результатом 12,91 м завоевал золото. Это первая победа 36-летнего спортсмена. Тренируют Федора и Дениса – Андрей Еременко и Алексей Лашманов.

Леонид Устюжанин, подопечный Клима Воробьевса и Владимира Куро-ва, прыгнув в длину на 6,59 м, установил рекорд России, но занял четвертое место.

Вячеслав Хрусталев, которого тренируют Надежда Клещенко и Владимир Куров, был пятым на своей дистанции.

Александр Голинтовский завоевал бронзовую медаль в плавании на 100 м (53,45 с), и на следующий день вновь добыл «бронзу» на дистанции 400 м вольным стилем (4:12,11 с). Пловца тренирует Александр Миронов.

Татьяна Смирнова, подопечная Дениса Лещева, в пуэрлифтинге (жим лежа), была пятой.

В академической гребле на лодке 4+ Елена Наумова из Калининграда, Екатерина Снегирева и рулевая Ксения Гусева из г. Химки Московской области, петербуржцы Вячеслав Махов, Михаил Яковлев заняли 11 место, хотя надеялись на место в шестерке. Тренирует петербуржцев Светлана Суворова и Семен Веринов.

Футбольная команда 7x7 завоевала золото, обыграв команду Украины. И забил победный гол 28-летний Эдуард Рамонов из г. Тихвина Ленинградской области. В сборной по футболу также Алексей Тумаков из г. Выборга. Победа футболистов принесла России 36-ю золотую медаль.

Особые впечатления в Лондоне произвели четкая организация работы волонтеров, простота спортивных сооружений и их доступность для инвалидов, организация специальных зон для передвижения колясочников, доброжелательное отношение английских болельщиков к атлетам всех стран и особое, фанатичное отношение к спортсменам своей страны.

Поздравляем наших паралимпийцев с великолепным выступлением!

Таблица

Спортсмены Санкт-Петербурга участники XIV Паралимпийских игр в Лондоне		
Фамилия, имя (год рождения)	Спортивно-функциональный класс/категория	Спортивные дисциплины
Голинтовский Александр (1990)	S13, нарушение зрения	Плавание – 50 м, 100 м, 400 м вольным стилем, 100 м на спине и 100 м баттерфляй
Гулин Денис (1975)	F11, нарушение зрения	Легкая атлетика – прыжок в длину, тройной прыжок
Махов Вячеслав (1961)	поражение ОДА	Гребля академическая LTA4+
Смирнова Татьяна (1956)	поражение ОДА	Пауэрлифтинг – весовая категория до 82,5 кг
Триколич Федор (1985)	T12, нарушение зрения	Легкая атлетика – бег 100 м, 200 м, эстафета 4x100 м
Устюжанин Леонид(1990)	T20. ИН	Легкая атлетика – прыжки в длину
Хрусталев Вячеслав(1986)	T20. ИН	Легкая атлетика – бег 1500 м
Швецов Евгений (1988)	T36, поражение ОДА	Легкая атлетика – бег 100 м, 400 м, 800 м
Яковлев Михаил (1986)	нарушение зрения	Гребля академическая LTA4+

Анализ Единой Всероссийской спортивной классификации по игровым спортивным дисциплинам адаптивного спорта

Евсеев С. П., доктор педагогических наук, профессор, директор Департамента науки и образования, Министерство спорта Российской Федерации.

Аксенова Н. Н., преподаватель, Института АФК, НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург

Ключевые слова: анализ, спортивная классификация, адаптивный спорт.

Аннотация. Ретроспективный анализ Единой Всероссийской спортивной классификации по игровым спортивным дисциплинам адаптивного спорта.

Контакт: sergeikoroblev@gmail.com

Analysis of the Unified Sports Classification in the Russia, of the sports-game disciplines in adaptive sports

Dr. Evseev S. P., Professor, Director of the Department of Science and Education, Ministry for Sport of the Russian Federation.

Aksanova, N. N, teacher, Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, St. Petersburg.

Keywords: analysis, classification of sports, adaptive sports.

Abstract. A retrospective analysis of the Unified Sports Classification in the Russia of the sports-game disciplines in adaptive sports.

Признание Международным Паралимпийским комитетом (МПК) спорта лиц с интеллектуальными нарушениями (ЛИН), включение его в программу XIV Паралимпийских игр 2012 г. в Лондоне придало новый импульс развитию этого направления адаптивного спорта.

В программе развития этого вида спорта в Российской Федерации в качестве приоритетнейших задач обозначено:

1. Значительное расширение представительства спортивных дисциплин спорта ЛИН во Всероссийском спортивном реестре видов спорта (их увеличение приблизительно в 20 раз).

2. Разработать и утвердить полноценного раздела спорта ЛИН в Единой Всероссийской спортивной классификации, включение в него всех 9 ступеней классификационной лестницы от III юношеского разряда до мастера спорта России международного класса, а также норм и требований для присвоения спортивных званий и спортивных разрядов во всех спортивных дисциплинах, в которых результат измеряется мерами времени, пространства и массы (С. П. Евсеев, 2012).

Единая всероссийская спортивная классификация (ЕВСК), являющаяся

нормативным документом в сфере физической культуры и спорта, определяющим нормативы, требования, условия и порядок присвоения спортивных званий и разрядов в Российской Федерации, ставит следующие задачи:

1. Дальнейшее привлечение населения России к активным занятиям спортом, повышение уровня всесторонней физической подготовленности, спортивного мастерства занимающихся.

2. Установка разрядных норм и требований, условий их выполнения, а также порядка присвоения спортивных званий и разрядов в строгом соответствии с задачами и уровнем развития спорта в стране, темпами развития мирового спорта.

3. Содействие развитию видов спорта, успешной подготовке спортсменов к соревнованиям различного ранга, повышению качества учебно-тренировочного процесса, совершенствованию системы соревнований, оценке состояния развития видов спорта в стране и в отдельных регионах.

В данной статье предпринята попытка проведение анализа 4-х действующих в 1997–2000, 2001–2005, 2006–2009, 2010–2013 годах вариан-

тов Всероссийской Единой спортивной классификации по игровым спортивным дисциплинам спорта слепых, спорта глухих, спорта лиц с поражением опорно-двигательного аппарата. Данный анализ необходим для разработки разделов ЕВСК по игровым спортивным дисциплинам спорта лиц интеллектуальными нарушениями.

Анализ научно-педагогической литературы по адаптивной физической культуре и обобщение практики позволяют выделить в действующей системе адаптивного спорта значимую роль спортивных игр. Спортивная деятельность существенно повышает социальный статус инвалида, создаёт дополнительные предпосылки расширения его социально-пространственной мобильности. В командно-игровых видах реализация социально-пространственной мобильности спортсмена-инвалида происходит на индивидуально-личностном уровне и на уровне малой социальной группы, каковой является команда. На индивидуально-личностном уровне игра интегрирует стремления, желания, самостоятельность и творческую активность игроков команды, тем самым, удовлетворяя индивидуальные потребности каждого её члена в присоединении к коллективу. Физические и психоэмоциональные нагрузки в коллективной игре служат эффективным средством психофизической адаптации спортсменов-инвалидов к жизненным условиям, нейтрализуют стрессовые факторы и, следовательно, приводят к оздоровлению его организма.

В командной игре присутствуют все компоненты и на уровне малой социальной группы. В коллективном взаимодействии в рамках правил игры, при корректном социальном поведении между игрокамирабатываются значимые черты в структуре личности спортсмена-инвалида такие, как ответственность за себя, товарищей по команде, единство в достижении цели, то есть формируется сплочённость коллектива.

В таблицах 1–3 представлены требования и условия для присвоения спортивных званий МСМК, МС и разряда КМС для спорта слепых, спорта глухих, спорта лиц с пораже-

Таблица 1

Требования и условия в спорте слепых для присвоения спортивных званий и разрядов по игровым спортивным дисциплинам

Единая Всероссийская спортивная классификация (ЕВСК)								
Наименование соревнования	ЕВСК 1997–2000 гг.	ЕВСК 2001–2005 гг.	ЕВСК 2006–2009 гг.			ЕВСК 2010–2013 гг.		
	Наименование спортивных дисциплин							
	Голбол, торбол	Голбол, торбол	Футбол, мини-футбол (5x5 В1)	Футбол, футзал (5x5 В2, В3)	Голбол	Торбол	Голбол	Торбол
Необходимые условия для присвоения спортивного звания или разряда								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
МСМК								
Паралимпийские игры	Занять 1–4 место	Занять 1–6 место в своем классе	Занять 1–6 место	–	–	–	Занять 1–6 место	–
Чемпионат мира	Занять 1–4 место	Занять 1–6 место в своем классе	Занять 1–5 место	Занять 1–5 место	Занять 1–5 место	–	Занять 1–5 место	Занять 1–3 место
Всемирные игры	–	–	Занять 1–5 место	Занять 1–5 место	Занять 1–5 место	–	Занять 1–5 место	Занять 1–3 место
Кубок мира	–	Занять 1–4 место в своем классе	Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	По сумме этапов или в финале занять место не ниже 4-го	Занять 1–2 место
Чемпионат Европы	Занять 1–3 место	Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	Занять 1–3 место	Занять 1-е место
Кубок Европы	–	–	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место	Занять 1-е место
Другие международные соревнования, включенные в ЕКП Росспорта	–	–	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место
МС								
Паралимпийские игры	Занять 5–6 место	–	–	–	–	–	–	–
Чемпионат мира	Занять 5–6 место	–	–	–	–	–	–	–
Чемпионат Европы	Занять 4–6 место	–	–	–	–	–	–	–
Первенство мира	–	–	Занять 1–4 место и возраст 14–19 лет	Занять 1–4 место и возраст 14–19 лет	Занять 1–5 место	Занять 1–5 место	Занять 1–4 место, возраст 14–19 лет плюс сыграть не менее чем в 50% игр	Занять 1–3 место, возраст 14–19 лет и сыграть в 50% игр
Первенство Европы	–	–	Занять 1–3 место и возраст 14–19 лет	Занять 1–3 место и возраст 14–19 лет	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место и возраст 14–19 лет плюс сыграть не менее чем в 50% игр	Занять 1–2 место, возраст 14–19 лет и сыграть в 50% игр
Другие международные соревнования, включенные в ЕКП Росспорта	–	–	Занять 1–3 место и возраст не менее 14 лет	Занять 1–3 место и возраст не менее 14 лет	Занять 1–3 место в 3-х играх, или 1–2 место и возраст 14–19 лет	–	Занять 1-е место и сыграть не менее чем в 70% игр	–
Чемпионат России	Занять 1–2 место	Занять 1–2 место в своем классе среди не менее 10-ти команд, в которых участники не ниже КМС	Занять 1–2 место	Занять 1–2 место	Занять 1–2 место плюс сыграть не менее 3-х игр	Занять 1-е место плюс сыграть не менее 3-х игр	–	–
Кубок России	–	–	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место плюс сыграть не менее 3-х игр	–	Занять 1 место сыграть в 50% игр при участии 2-х команд, в которых 60% МС	–
Другие Всероссийские соревнования, включенные в ЕКП Росспорта	–	–	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место плюс сыграть не менее 3-х игр	–	–	–

Окончание таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
КМС								
Другие международные соревнования, включенные в ЕКП Росспорта	–	–	Занять 4–6 место	Занять 4–6 место	Занять 4–6 место плюс сыграть не менее 3-х игр или занять 3–4 место и возраст 14–19 лет	Занять 2–3 место и сыграть не менее чем в 70% игр или занять 1–3 место, возраст 14–19 лет и сыграть не менее чем в 70% игр		
Чемпионат России	Занять 3–4 место или занимать 5–6 место 2 года подряд	–	Занять 3–4 место		Занять 3–4 место плюс сыграть не менее 3-х игр	Занять 1–2 место плюс сыграть не менее 3-х игр		
Кубок России	–	–	Занять 2–3 место	Занять 2–3 место	Занять 2–3 место плюс сыграть не менее 3-х игр	Занять 2–3 место, сыграть в 50% игр при участии 2-х команд, в которых 60% МС	Занять 1–2 место, сыграть в 50% игр при участии 2-х команд, в которых 60% МС	
Первенство России	–	Занять 1–2 место или занимать 3–4 место 2 года подряд среди 10-ти команд с игроками 1-го разряда	Занять 1–2 место и возраст 14–19 лет			Занять 1–3 место, возраст 14–19 лет и сыграть не менее чем в 50% игр	Занять 1–2 место, возраст 14–19 лет и сыграть не менее чем в 50% игр	
Другие Всероссийские соревнования, включенные в ЕКП Росспорта	–	–	Занять 2–3 место плюс сыграть не менее 3-х игр или занять 1–2 место и возраст 14–19 лет			Занять 1–3 место плюс сыграть не менее 3-х игр или занять 1–2 место плюс сыграть не менее 3-х игр и возраст 14–19 лет		
Чемпионат Федерального округа РФ, зональные отборочные соревнования, Чемпионаты Москвы, СПб	–	–	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место плюс сыграть не менее 3-х игр	Занять 1–2 место плюс сыграть не менее 3-х игр	Занять 1-е место плюс сыграть не менее 3-х игр	
Первенство округа РФ, зональные отборочные соревнования	–	–	Занять 1–2 место и возраст 14–19 лет			Занять 1-е место и возраст 14–19 лет	–	
Чемпионат субъекта РФ (кроме Москвы и СПб)	–	–	Занять 1–2 место	Занять 1–2 место	Занять 1–2 место плюс сыграть не менее 3-х игр	Занять 1–2 место и сыграть больше 3-х игр	Занять 1-е место и сыграть больше 3-х игр	
Розыгрыш Кубка субъекта РФ	–	–	Занять 1–2 место	Занять 1–2 место	Занять 1–2 место плюс сыграть не менее 3-х игр	–	–	
Первенство субъекта РФ (кроме Москвы и СПб)	–	–	Занять 1-е место и возраст 14–19 лет			–	–	
Другие официальные соревнования субъекта РФ	–	–	Занять 1-е место			–	–	

нием опорно-двигательного аппарата в действующих на тот момент ЕВСК: ЕВСК 1997–2000 гг., ЕВСК 2001–2005 гг., ЕВСК 2006–2009 гг. и ЕВСК 2010–2013 гг.

Необходимо констатировать, что до 1997 г. в ЕВСК не были представлены требования для присвоения спортивных званий и разрядов по адаптивному спорту.

В таблице 1 мы можем видеть, что если в 1997–2000 гг., согласно Единой Всероссийской спортивной клас-

сификации, чтобы получить звание МСМК по дисциплинам голбол или торбол нужно было, участвуя в Паралимпийских играх или Чемпионате мира, занять место не ниже 4-го или на Чемпионате Европы занять место не ниже 3-го, то в 2001–2005 гг. того же (присвоения звания мастер спорта международного класса) можно было достичнуть, заняв на Паралимпийских играх или Чемпионате мира место не ниже 6-го, или на Кубке мира/Чемпионате Европы занять в своем

классе место не ниже 4-го. Однако, уже в 2006–2009 гг. требования по дисциплинам голбол и торбол становятся разными и менее жесткими: по дисциплине голбол необходимо было занять место не ниже 5-го на Чемпионате мира или Всемирных играх, или занять место не ниже 4-го на Кубке мира или Чемпионате Европы, либо стать призером Кубка Европы; по дисциплине торбол необходимо было занять место не ниже 4-го на Кубке мира или Чемпионате Европы

участвовать в Кубке мира, либо стать призером Кубка Европы. В 2010–2013 гг., чтобы получить звание МСМК по дисциплине голбол нужно занять на Паралимпийских играх место не ниже 6-го или не ниже 5-го на Чемпионате мира или Всемирных играх, либо по сумме этапов или в финале Кубка мира занять место не ниже 4-го, либо стать призером Чемпионата или Кубка Европы; в дисциплине торбол, начиная с 2010 г. происходит повышение требований – нужно стать призером Чемпионата мира или Всемирных игр или занять место не ниже 2-го на Кубке мира, либо стать победителем Чемпионата/Кубка Европы или других международных соревнований, включенных в ЕКП.

Для присвоения звания МС в 1997–2000 гг. по дисциплинам: голбол и торбол, необходимо было занять на Паралимпийских играх или Чемпионате мира место не ниже шестого или 4–6 место на Чемпионате Европы, либо 1–2 место на Чемпионате России. В 2001–2005 гг. достаточно было занять в Чемпионате России 1–2 место в своем классе среди как минимум 10-ти команд, участников чемпионата, состоящих из игроков, имеющих разряд не ниже КМС. В 2006–2009 гг. условия для присвоения звания МС по обеим дисциплинам и голболу, и торболу одинаковые: необходимо занять место не ниже 5-го на Первенстве мира или быть в призерах на Первенстве Европы; на других международных соревнованиях, включенных в ЕКП Росспорта, – сыграть как минимум в 3-х играх и занять призовое место (для участников в возрасте 14–19 лет достаточно занять 1-е или 2-е место); либо на Чемпионате России, сыграв не менее 3-х игр, занять 1-е или 2-е место; либо на Кубке России или других всероссийских соревнованиях, включенных в ЕКП Росспорта, сыграв не менее 3-х игр, занять 1-е место.

По ЕВСК 2010–2013 гг. требования для присвоения звания МС по дисциплинам голбол и торбол различаются.

В голболе необходимо иметь возраст 14–19 лет, сыграть в 50% игр и занять место не ниже 4-го на Первенстве мира, или быть в призерах на Первенстве Европы; либо сыграть в 70% игр и занять первое место, уча-

ствуя в других международных соревнованиях, включенных в ЕКП Росспорта; либо, сыграв не менее чем в 3-х играх, занять 1-е место на Чемпионате России; либо занять 1-е место в Кубке России, сыграв при этом в 50% игр при участии 2-х команд, в составе которых 60% спортсменов имеют звание МС.

В торболе для присвоения звания МС необходимо, сыграв в 70% игр, занять 1-е место в международном соревновании, включенном в ЕКП Росспорта.

Для присвоения разряда КМС по дисциплинам голбол или торбол, согласно ЕВСК в 1997–2000 гг., было необходимо в Чемпионате России занять 3–4 место или 5–6 место в течение 2-х лет подряд. В 2001–2005 гг. действовали другие правила: чтобы стать КМС по голболу или торболу необходимо было занимать в Первенстве России 1–2 место или 3–4 место в течение 2-х лет подряд среди 10-ти команд, состоящих из игроков имеющих 1-й разряд. В 2006–2009 гг. в голболе или торболе для присвоения разряда КМС необходимо было на международных соревнованиях, включенных в ЕКП Росспорта, занять 4–6 место плюс сыграть не менее 3-х игр или занять 3–4 место и иметь возраст 14–19 лет; либо занять на Чемпионате России 3–4 место, причем сыграть при этом не менее 3-х игр; или, сыграв не менее 3-х игр на Кубке России, занять 2–3 место; или в возрасте 14–19 лет занять 1–2 место в Первенстве России; или на всероссийских соревнованиях, включенных в ЕКП Росспорта занять 2–3 место, сыграв при этом не менее 3-х игр, либо в возрасте 14–19 лет занять 1–2 место; или, сыграв не менее 3-х игр, стать призером Чемпионата Федерального округа РФ, зональных отборочных соревнований, Чемпионата Москвы или Санкт-Петербурга; или в возрасте 14–19 лет занять 1–2 место на Первенстве Федерального округа РФ, зональных отборочных соревнований; или, сыграв не менее 3-х игр на Чемпионате или Кубке субъекта РФ, занять 1–2 место; или в возрасте 14–19 лет занять 1-е место на Первенстве субъекта РФ (кроме Москвы и Санкт-Петербурга); либо сыграв не менее 3-х игр занять 1–2 место на Чемпионате субъекта РФ (кроме Москвы и Санкт-Петербурга).

С 2010 года возможности присвоения разряда КМС по дисциплинам голбол или торбол расширились и стали различаться в зависимости от наименования соревнования и самой спортивной дисциплины.

В голболе или торболе необходимо на международных соревнованиях, включенных в ЕКП Росспорта, занять 2–3 место и сыграть в 70% игр или в возрасте 14–19 лет, сыграв в 70% игр, занять призовое место; либо на Чемпионате России занять 1–2 место, сыграв не менее 3-х игр; либо на всероссийских соревнованиях, включенных в ЕКП Росспорта, сыграв не менее 3-х игр занять призовое место или в возрасте 14–19 лет, сыграв не менее 3-х игр, занять 1–2 место.

В голболе получить разряд КМС можно, заняв на Кубке России 2–3 место, причем сыграть в 50% игр при участии 2-х команд, в составе которых 60% игроков имеют звание МС; или в возрасте 14–19 лет занять призовое место на Первенстве России, сыграв в 50% игр; либо, сыграв не менее 3-х игр; занять 1–2 место на Чемпионате Федерального округа РФ, в зональных отборочных соревнованиях или на Чемпионатах Москвы, Санкт-Петербурга; либо в возрасте 14–19 лет занять 1-е место на Первенстве округа Российской Федерации, зональных отборочных соревнованиях; либо сыграв не менее 3-х игр, занять 1–2 место на Чемпионате субъекта РФ (кроме Москвы и СПб).

В торболе получить разряд КМС можно, заняв на Кубке России 1–2 место, причем сыграть в 60% игр при участии 2-х команд, в составе которых 60% игроков имеют звание МС; или в возрасте 14–19 лет занять 1–2 место на Первенстве России, сыграв в 50% игр; занять 1 место на Чемпионате Федерального округа РФ, в зональных отборочных соревнованиях или на Чемпионатах Москвы, Санкт-Петербурга; занять 1 место на Чемпионате субъекта РФ (кроме Москвы и Санкт-Петербурга).

Таким образом, наблюдается тенденция: снижение требований по спортивным дисциплинам голбол и торбол для получения звания МСМК, МС, разряда КМС и добавление видов соревновательной дея-

Таблица 2

Требования и условия в спорте глухих для присвоения спортивных званий и разрядов по игровым спортивным дисциплинам

Наименование соревнований	Единая Всероссийская спортивная классификация (ЕВСК)															
	ЕВСК 1997-2000 гг.				ЕВСК 2001-2005 гг.				ЕВСК 2006-2009 гг.				ЕВСК 2010-2013 гг.			
	Наименование спортивных дисциплин															
	Баскетбол	Футбол	Мини-футбол	Хоккей	Баскетбол	Футбол	Мини-футбол	Хоккей	Баскетбол	Футбол	Футзал	Хоккей	Баскетбол	Футбол	Футзал	Хоккей
Необходимые условия для присвоения спортивного звания или разряда																
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
МСМК																
Сурдлимпийские игры, Всемирные игры глухих, Олимпийские игры глухих	Занять 1-2 место	Занять 1-3 место	-	Занять 1-2 место	Занять 1-2 место	Занять 1-3 место	-	Занять 3-4 место	Занять 1-3 место	Занять 1-3 место	-	Занять 1-3 место	Занять 1-6 место и играть в 50% игр	Занять 1-6 место и играть в 50% игр	Занять 1-4 место и играть в 50% игр	
Чемпионат мира	-	-	Занять 1-4		-	-	Занять 1-4	-	Занять 1-2	Занять 1-2	Занять 1-2	Занять 1-2	Занять 1-3 место и сыграть не менее чем в 50% игр	Занять 1-2 место и играть в 50% игр	Занять 1-2 место и играть в 50% игр	
Чемпионат Европы	Занять 1-е	Занять 1-2	Занять 1-3		Занять 1-е	Занять 1-2	Занять 1-3	-	Занять 1-е	Занять 1-е	Занять 1-е	Занять 1-е	Занять 1-2 место и сыграть в 50% игр	Занять 1-е место и играть в 50% игр	Занять 1-е место и играть в 50% игр	
Чемпионат России	-	-	-	-	-	-	-	Занять 1-е место или 2-3 место дважды в течение 3-х лет	-	-	-	-	-	-	-	
Другие международные соревнования, включенные в ЕКП Росспорта	-	-	-	-	-	-	-	-	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место и сыграть не менее чем в 50% игр			
МС																
Всемирные игры глухих	Занять 3-4 место	Занять 4-е место	-	Занять 3-4 место	-	-	-	-	-	-	-	-	Занять 7-8 место и сыграть в 50% игр		Занять 5-6 место и играть в 50% игр	
Сурдлимпийские игры	-	-	-	-	-	-	-	-	Занять 4-6 место	Занять 4-6 место	-	Занять 4-6 место	-	-	-	
Олимпийские игры глухих	-	-	-	-	Занять 3-4 место	Занять 4-е место	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Чемпионат мира	-	-	Занять 5-8				Занять 5-8		Занять 3-4	Занять 3-4	Занять 3-4	Занять 3-4	Занять 4-6 место и сыграть в 50% игр	Занять 3-4 место и играть в 50% игр	Занять 3-4 место и играть в 50% игр	
Чемпионат Европы	Занять 2-3	Занять 3-4 место	Занять 4-6 место	-	Занять 2-3 место	Занять 3-4 место	Занять 4-6 место	-	Занять 2-3 место	Занять 2-3 место	Занять 2-3 место	Занять 2-3 место	Занять 3-4 место и сыграть в 50% игр	Занять 2-3 место и играть в 50% игр	Занять 2-3 место и играть в 50% игр	
Первенство Европы	-	-	-	-	-	-	-	-	Занять 1-2 место возраст 19-21 год	-	-	-	Занять 1-2 место, возраст 19-21 год и играть в 50% игр	-	-	
Чемпионат России	Занять 1-е место 2 раза	Занять 1-е место или 2-3 место дважды подряд в течение 3-х лет	Занять 1-е место или 2-3 место в течение 2-х лет	Занять 1-е место или 2-3 место в течение 3-х лет	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место или 2-3 место в течение 3-х лет	Занять 1-е место или 2-3 место в течение 2-х лет	Занять 1-е место дважды в течение 4-х лет или 1-е место и 2 призовых дважды в течение 4-х лет. Сыграть не менее чем в 60% матчей.				Занять 1-е место дважды или 1-е место и 2-3 место в течение 4 лет. Сыграть не менее чем в 60% матчей.			

Шкончание таблицы 2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Кубок России	Занять 1-е место дважды	–	–	–	Занять 1-е место дважды	–	–	–	1-е место дважды в течение 4-х лет или 1-е место и 1-3 в течение 4-х лет. Играть в 60% игр.	–	Занять 1-е место дважды или 1-е и 2-3 дважды в течение 3-х лет, играть в 60% матчей.	–				
Другие всероссийские соревнования, включенные в ЕКП Росспорта	–	–	–	–	–	–	–	–	1-е место дважды в течение 4-х лет или 1-е и 1-3 в течение 4-х лет. Сыграть не менее чем в 60% матчей.	–	Занять 1-е место дважды в течение 3-х лет. Сыграть в 60% матчей.	–	–	–	–	
KMC																
Первенство Европы	–	–	–	–	–	–	–	–	Занять 3-4 место и возраст 19-21 год	–	–	–	Занять 3-4 место, возраст 14-19 лет, играть 50% игр	–	–	–
Чемпионат России	Занять 2-3 место	Занять среди не менее 12-ти команд 2-6 место	Занять 4-6 место	Занять 2-6 место	Занять 2-3 место	Занять среди неменее 12-ти команд 2-6 место	Занять 4-6 место	Занять 2-6 место	Занять 2-3 место дважды в течение 4-х лет. Сыграть не менее чем в 60% игр	–	Занять 2-3 место дважды в течение 4-х лет. Сыграть не менее чем в 60% игр	–	Занять 2-3 место дважды в течение 4-х лет. Сыграть не менее чем в 60% игр	–	–	
Первенство России	–	–	–	–	–	–	–	–	Занять 1-е место, возраст 14-18 лет, сыграть не менее 60% игр							
Кубок России	–	–	–	–	–	–	–	–	Занять 2-3 место дважды в течение 4-х лет. Сыграть не менее чем в 60% игр	–	Занять 2-3 место дважды в течение 4-х лет. Сыграть не менее чем в 60% игр	–				
Другие всероссийские соревнования, включенные в ЕКП Росспорта	–	–	–	–	–	–	–	–	Занять 2-3 место дважды в течение 4-х лет. Сыграть не менее чем в 60% игр	–	Занять 2-е место дважды в течение 3-х лет, возраст не менее 18 лет и играть в 60% игр. Или занять 1-е место, возраст 14-18 лет и играть в 60% игр.	–				

Условия для присвоения в 2010–2013 гг. спортивного звания МСМК по спортивным дисциплинам баскетбол, футбол, футзал, хоккей – с 17 лет; МС по баскетболу, футболу, футзалу, хоккею – с 16 лет, спортивного разряда КМС по баскетболу, футболу, футзалу, хоккею – с 14 лет.

Для участия в спортивных соревнованиях указанное количество лет спортсмену должно исполниться в календарный год проведения соревнований.

тельности для звания МС по дисциплинам голбол или торбол.

Анализируя данные табл. 2 необходимо отметить неуклонное снижение требований по каждой дисциплине. Так, например, до 2006 г. условием присвоения звания МСМК по баскетболу на Олимпийских, Сурдлимпийских и Всемирных играх глухих было требование занять первое или второе место. По условиям, прописным в ЕВСК 2010–2013 гг. для присвоения звания МСМК по данной дисциплине в соревнованиях того же уровня уже достаточно занять место не ниже шестого.

Практически аналогично изменились к настоящему времени условия по дисциплине футбол.

Снизились требования и по дисциплине хоккей: если до 2001 г. для присвоения звания МСМК на Олимпийских играх глухих и подобных соревнованиях такого же ранга необходимо было занять 1-е или 2-е место, то согласно требованиям ЕВСК

2010–2013 гг. достаточно занять место не ниже 4-го.

Анализируя необходимые условия, приведенные в табл. 2, для присвоения спортивного звания или разряда по другим спортивным дисциплинам, спортивным званиям и разрядам, можно отметить, что наблюдается тенденция снижения требований к уровню результатов в соревнованиях высокого ранга и возрастает перечень условий соревновательной деятельности, по результатам выполнения которых возникают основания для присвоения спортивного звания или разряда.

Анализируя данные табл. 3, необходимо отметить, что в течение 2001–2013 гг. произошло незначительное снижение требований для присвоения звания МСМК по спортивным дисциплинам футбол ЦП и футбол ампутантов (для дисциплин хоккей-следж и баскетбол на колясках до 2010 г. условия по этим дисциплинам в ЕВСК не публиковались, поэтому о какой-

либо динамике изменения требований говорить не приходится).

В качестве примера рассмотрим динамику вариации требований к присвоению спортивных званий МСМК, МС и разряда КМС во времени в связи с изменениями, вносимыми в различные редакции ЕВСК для дисциплины «Футбол ампутантов».

В дисциплине футбол ампутантов в ЕВСК за 2001–2013 гг. для присвоения спортивного звания МС прослеживается такая тенденция: при незначительном снижении уровня требований (см. строку «Чемпионат России»), возникают дополнительные возможности выполнения норматива МС при успешном выступлении на крупных международных соревнованиях. Так, на Чемпионате мира достаточно занять место не ниже 4-го, а на Кубке мира, Чемпионате Европы, Кубке Европы – не ниже третьего. Для присвоения спортивного разряда КМС в 2001–2005 гг. необходимо

Таблица 3
Требования и условия спорта лиц с поражением опорно-двигательного аппарата для присвоения спортивных званий и разрядов по игровым спортивным дисциплинам

Единая Всероссийская спортивная классификация (ЕВСК)								
Наименование соревнований	ЕВСК 2001–2005 гг.		ЕВСК 2006–2009 гг.	ЕВСК 2010–2013 гг.				
	Наименования спортивных дисциплин							
	Футбол ЦП	Футбол ампутантов	Футбол ЦП	Футбол ЦП	Футбол ампутантов	Хоккей–следж	Баскетбол на колясках	
	1	2	3	4	5	6	7	8
МСМК								
Паралимпийские игры	Занять 1–3 место		Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	–	Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	
Чемпионат мира	Занять 1–2 место	Занять 1–2 место при участии не менее 12-ти команд	Занять 1–3 место играть 50% игр	Занять 1–3 место играть 50% игр	Занять 1–2 место	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место	
Кубок мира	–	–	1–2 место и 50% игр	1–2 место и 50% игр	Занять 1-е место	–	Занять 1–2 место	
Чемпионат Европы	Занять 1-е место	Занять 1-е место при участии не менее 10-ти команд	Занять 1–2 место играть 50% игр	Занять 1–2 место играть 50% игр	Занять 1-е место	Занять 1–2 место	Занять 1–2 место	
Кубок Европы	–	–	Занять 1-е место	Занять 1-е место	Занять 1-е место	–	Занять 1-е место	
МС								
Чемпионат мира	–	–	–	–	Занять 3–4 место	–	Занять 4–6 место	
Кубок мира	–	–	–	–	Занять 2–3 место	–	Занять 3–4 место	
Чемпионат Европы	–	–	–	–	Занять 2–3 место	–	Занять 3–4 место	
Кубок Европы	–	–	–	–	Занять 2–3 место	–	Занять 2–3 место	
Первенство мира	–	–	Занять 1–4 место	Занять 1–4 место	–	–	Занять 1–3 место и возраст до 24-х лет	
Первенство Европы	–	–	Занять 1–3 место	Занять 1–3 место	–	–	Занять 1–2 место и возраст до 24-х лет	
Чемпионат России	Занять 1-е или 2-е место дважды в течении 3-х лет при участии 10-ти команд	Занять 1-е место при участии 10-ти команд или 2-е место дважды в течение 3-х лет при участии 10-ти команд	Занять 1-е место или 2-е место дважды в течение 3-х лет		Занять 1–3 место 10-ти команд	Занять 1-е место	Занять 1–3 место в течение 3-х лет	
Кубок России	–	–	–	–	1-е место	–	–	
КМС								
Чемпионат мира	–	–	–	–	–	–	Занять 7-е место	
Кубок мира	–	–	–	–	–	–	Занять 5–6 место	
Чемпионат Европы	–	–	–	–	–	–	Занять 5–6 место	
Кубок Европы	–	–	–	–	–	–	Занять 4–5 место	
Первенство мира	–	–	Занять 5–6 место	–	–	–	4–5 место и возраст до 24 л.	
Первенство Европы	–	–	Занять 4–5 место	–	–	–	3 место и возраст до 24 лет	
Чемпионат России	Занять 2-е или 3-е место дважды в течение 3-х лет	Занять 2-е место при участии не менее 10-ти команд или 3-е место 3 года подряд, при участии не менее 10-ти команд	Занять 2-е место или 3-е место дважды в течение 3-х лет	Занять 2-е или 3-е место дважды в течение 3-х лет	Занять 4–5 место	Занять 2-е место	Занять 4–6 место	

Окончание таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7	8
Кубок России	–	–	–		Занять 2-е место	–	–
Другие Всероссийские соревнования, включенные в ЕКП Росспорта	–	–	–	–	Занять 1-е место	Занять 1-е место	–
Чемпионат Федерального округа РФ, зональные отборочные соревнования, чемпионаты Москвы, Санкт-Петербурга	–	–	–		–	–	Занять 1-е место

Для присвоения разряда КМС по спортивной дисциплине футбол ампутантов в 2010–2013 гг. указанное количество лет спортсмену должно исполниться в календарный год проведения соревнований.

Для присвоения спортивного звания МСМК по спортивным дисциплинам баскетбол на колясках, хоккей–следж, футбол ампутантов в составе команды необходимо сыграть не менее 50% игр (кроме Паралимпийских игр).

мо было в чемпионате России, завоевать 2-е или три года подряд 3-е место, теперь же, согласно ЕВСК 2010–2013 гг. достаточно на чемпионате России занять место не ниже 5-го.

Проведенный анализ ЕВСК, действующих с 1997 по 2013 г., по игро-

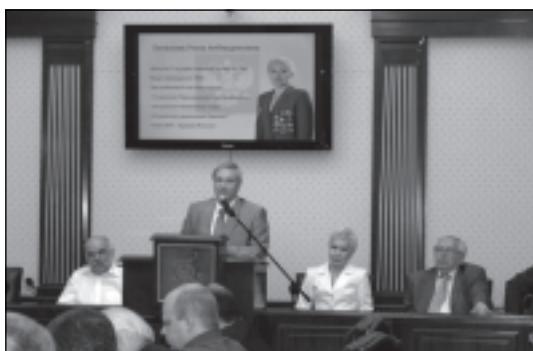
вым спортивным дисциплинам:

- в спорте слепых (футбол, мини-футбол, голбол, торбол),
- в спорте глухих (баскетбол, футбол, мини-футбол, хоккей),
- в спорте лиц с поражением опорно-двигательного аппарата (футбол

ЦП, футбол ампутантов, баскетбол на колясках),

может быть использован при разработке требований и условий ЕВСК для спорта лиц с интеллектуальными нарушениями.

новые публикации



В самый разгар лета 2012 г. в московском представительстве Республики Башкортостан состоялась презентация книги «Рима Баталова – легенда спорта». Собственно говоря, это был лишь повод рассказать об уникальном человеке, вице-президенте Паралимпийского комитета России.

Потому что рассказ о ее судьбе – это путеводный сигнал для тех, кто усомнился в своих силах, отчаялся, а то и поставил крест на своей жизни, полагая, что им, видно, на роду написано так неполноценно жить. Не написано. Ничего не написано. Все в наших руках.

Звучит как песня: 13-кратная паралимпийская чемпионка, 18-кратная чемпионка мира, 43-кратная чемпионка Европы... Самая титулованная спортсменка мира!

На Паралимпиаду в Лондон в этом году Рима впервые съездила не как участница, а как почетный член российской делегации, хотя она, как всегда, готова бежать.

Рима говорит: «Даже не верится, 33 года отданы спорту. Ни минуты сожаления, пока бегу – живу!».

В предисловии к книге есть такие слова, сказанные Президентом Паралимпийского комитета России Владимиром Лукьяновым:

С именем Римы Баталовой связана практически вся история паралимпийского движения в нашей стране, все большие и малые наши успехи. Рима как космонавт номер один – открывала путь в теперь уже огромный мир паралимпийского космоса. И не просто открывала, а завоевывала для нашей страны в этом мире почетное место.

Поверьте мне на слово, она очень удивительный человек. Говорю это не ради красного словца, а потому что не перестаю удивляться ее неуемной энергии и твердому как кремень характеру. Если за что-то берется, то идет до конца. Многие из тех, кто когда-то начинал с ней бегать, давно уже повесили шиповки на гвоздь, а она, по-прежнему, стремится вперед. Получила лицензию и снова готовится уже к седьмой для себя Паралимпиаде. При этом успевает проявлять свою активность еще и в общественной жизни. Её неоднократно избирали вице-президентом Паралимпийского комитета России. Так что желаю доброго пути и книге о Риме, но главное – самой Риме Баталовой – легенде паралимпийского спорта.

УДК 796.42

ББК 75.711

Кораблев С. В.

Рима Баталова – легенда спорта. – Уфа: ГУП РБ Уфимский полиграфический комбинат, 2012. – 192 с.: ил.

ISBN 978-5-85051-543-0

Книга рассказывает о жизни и деятельности выдающейся спортсменки, тринадцатикратной паралимпийской чемпионки, заслуженного мастера спорта России по легкой атлетике Римы Баталовой.

Судьба подарила Баталовой яркий, но усыпанный терниями жизненный путь, следуя по которому герояня книги – воистину образец мужества, силы воли и патриотизма, – с достоинством и честью покоряет всё новые и новые вершины.

Книга адресована любителям спорта и сторонникам здорового образа жизни всех возрастов



Технология экспертных суждений в научных исследованиях по адаптивной физической культуре

Луценко С. А., доктор педагогических наук, профессор.

Институт специальной педагогики и психологии, Санкт-Петербург

Ключевые слова: технология, метод экспертных суждений, экспертная оценка, экспертиза, компетентность эксперта.

Аннотация. Статья посвящена рассмотрению теоретических вопросов экспертной оценки в сфере адаптивной физической культуры и методике её реализации в практике научных исследований.

Контакт: s.lutsenko48@mail.ru

Technology expert judgments in research in adaptive physical education

Dr. Lutsenko S. A., Professor.

Institute of Special pedagogy and psychology, St. Petersburg

Keywords: technology, the method of expert judgment, expert evaluation, expertise, competence of the expert.

Abstract. The article deals with the theoretical issues of expertise in the field of adaptive physical education and methods of its implementation in practice of scientific research.

Очень часто оценка результатов научных исследований не может быть осуществлена с помощью точных расчётов, основанных на статистических данных. Поэтому для этой цели рекомендуется использовать методы экспертных суждений (оценок). Они зародились после второй мировой войны и использовались в теории управления, менеджмента и исследования операций. Впоследствии сформировалась самостоятельная отрасль научных знаний – теория и практика экспертных оценок.

Экспертные оценки бывают индивидуальные и коллективные. Индивидуальные оценки – это оценки одного специалиста. Например, преподаватель может поставить отметку студенту единолично, но в случае угрыз отчисления его за плохую учебу обращаются к коллективному мнению – для этого создаётся комиссия преподавателей. В научных исследованиях чаще всего используют коллективные оценки.

Метод экспертных оценок представляет собой научно обоснованный комплекс логических и математико-статистических методических приёмов и процедур, направленных на получение количественных результатов для оценки и анализа различных явлений, процессов, моделей и т. п., основанный на опыте, знаниях и интуиции специалистов. Один из наиболее известных методов экспертных оценок – это метод «Дельфи». Название дано по ассоциации с Дельфийским храмом, куда согласно древнему обычью было принято обращаться для получения поддержки при принятии решений. В США в 1960-х годах этим методом назвали экспер-

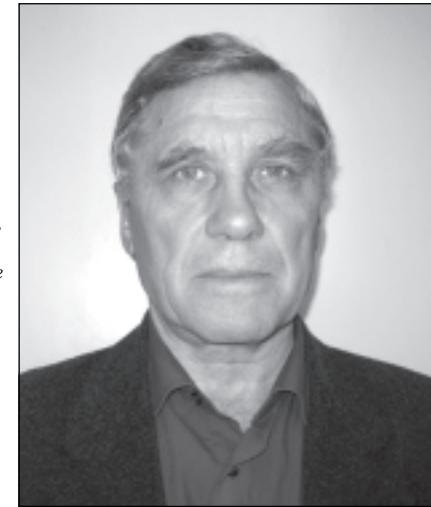
тную процедуру прогнозирования перспектив научно-технического развития страны (А. И. Орлов, 2002).

Со временем методы экспертных оценок стали использовать не только в народном хозяйстве, но и при проведении научных исследований в различных отраслях знаний, в том числе и в сфере физической культуры и её составной части – адаптивной физической культуре. Однако в последнее время большинство научных работников (особенно моложе поколение) понимают метод экспертных оценок упрощённо (в виде результатов обработки данных, полученных при опросе и представленных в процентах, баллах и т. д.) или опускают отдельные этапы (процедуры), обязательные для этого метода. Такая оценка является некорректной, так как не позволяет достаточно объективно подтвердить (опровергнуть) прогнозируемые результаты своих исследований или оценить эффективность процесса адаптивного физического воспитания, предлагаемой методики, программы и т. д.

Об этом свидетельствует анализ литературных источников (Е. Г. Сайкина 2009; В. М. Башкин, 2011 и др.) и собственный опыт работы в специализированном диссертационном совете, где данный метод довольно часто используется соискателями учёной степени. В этой статье мы постараемся раскрыть теоретические и практические аспекты экспертной оценки.

В общем виде технология экспертной оценки состоит из четырёх основных этапов и выглядит следующим образом:

– разработка процедуры экспертизы;



- отбор, проверка компетентности и формирование групп экспертов;
- проведение экспертизы;
- формализация полученных результатов, их обработка и анализ.

Разработка процедуры экспертизы включает в себя определение метода и содержание опроса, а также технологию его проведения. Методы опроса в этом случае могут быть индивидуальными или групповыми, очными или заочными, устными или письменными. В отдельных случаях (особенно при значительной разнице в подготовленности экспертов по рассматриваемой проблеме) возможен смешанный способ опроса.

Для опроса разрабатывается анкета или протокол беседы. Они представляют собой ряд вопросов, которые должны быть логически связаны с центральной задачей (проблемой) экспертизы. В зависимости от содержания, их целесообразно разделить на две группы: данные о самом эксперте (возраст, должность, стаж работы, образование, научное или спортивное звание и т. д.) и вопросы по существу изучаемой проблемы. Заранее необходимо разработать бланки анкет для экспертов. В зависимости от метода они могут быть с открытыми и закрытыми вопросами, ответ может даваться в виде суждений, парного сравнения, ранжированного ряда, в баллах или в виде абсолютной оценки.

При составлении вопросов рекомендуем придерживаться следующих правил:

- чётко определять условия, время, внешние или внутренние ограничения проблемы с доступной для эксперта точностью и компетентностью;

- вопрос лучше формулировать как качественное утверждение;
- при количественных суждениях не рекомендуют задавать более пяти градаций, при этом они должны иметь развёрнутые характеристики (параметры) оценок;
- эксперты должны оценивать лишь возможные варианты (а не за конченный план действия), развернутое описание предложенных или предполагаемых решений и др.

Следующий этап – отбор, проверка компетентности и формирование группы экспертов. Это один из самых ответственных этапов экспертизы. От него во многом зависит качество результатов исследований и выводов по ним.

В качестве экспертов в сфере адаптивной физической культуры целесообразно привлекать научные и педагогические кадры, практикующих специалистов (учителей школ, тренеров сборных команд по видам спорта) или руководителей коллективов, имеющих достаточный опыт работы по руководству, организации и проведению мероприятий в данной сфере. Для этого составляется список лиц компетентных в исследуемой проблеме, который служит основой для выбора потенциальных экспертов. Их оптимальное количество невозможно установить точно, но очевидно, что в малой группе на итоговую оценку оказывает излишнее влияние оценка каждого из экспертов. В то же время слишком большое число экспертов затрудняет формирование согласованного мнения по изучаемой проблеме. Мы солидарны с теми авторами, которые к выполнению этой работы рекомендуют привлекать от 5 до 12 экспертов (А. И. Орлов, 2002 и др.).

Чтобы осуществить экспертизу данными категориями работников их необходимо ранжировать и свести в группы. Эта работа выполняется исследователем на основе выделения критериев, характеризующих степень их компетентности. Как правило, за основу берутся: должность, стаж работы в изучаемой сфере деятельности, уровень развития профессионально-значимых качеств (компетенций), а также наличие научной степени и звания. Если экспертов с приблизительно одинаковыми характеристиками достаточно много (более 12 человек), то формируется не одна группа. Если такой возможности нет (это часто случается в от-

носительно новых областях науки и практики), то таких групп может быть одна или две (по 5 – 6 человек в каждой). Для полноценной экспертной оценки достаточно двух-трёх групп экспертов.

Так, преподаватели вуза, обучающие студентов по профилирующим дисциплинам специальности применительно к обозначенной области научных знаний и имеющие стаж преподавательской работы от 5 до 10 лет, учёную степень или звание, могут быть отнесены к одной группе экспертов. Преподаватели с аналогичным стажем практической деятельности, но без степени или звания, равно как и практикующие специалисты с необходимым для квалифицированной оценки опытом работы (например, тренеры, учителя по физической культуре и др. со стажем работы 15 и более лет) к другой группе. Первая группа определяется по результатам ответов на соответствующие вопросы, которые обязательно должны быть поставлены, как мы отметили ранее, в анкете. Для выделения экспертов во вторую и последующие группы, кроме указанных критериев, используют четыре группы методов: 1 – самооценки, 2 – оценки группой каждого эксперта (оценку могут давать руководители экспертов, методисты, научные работники и др. лица знающие эксперта), 3 – оценки на основе результатов прошлой деятельности эксперта (дают те же специалисты, которые привлекались к оценке во второй группе методов), 4 – определения компетентности эксперта.

При оценке по первым трём группам методов необходимо разработать одинаковые по форме и содержанию экспертные листы, в которых должны быть представлены показатели деятельности эксперта (профессионально-значимые и другие, важные для выполнения экспертизы качества) и критерии их оценки. Это позволит с большей объективностью охарактеризовать экспертов и более точно сформировать группы. Такими показателями могут быть их теоретическая, методическая и физическая подготовленности, организаторские способности (умение своевременно и качественно организовать и проводить физкультурно-спортивные мероприятия, взаимодействовать с исполнителями, руководить и контролировать их деятельность и т. д.), принципиальность, объективность,

способность творчески мыслить и некоторые другие. Всё будет зависеть от цели (задач) исследования и предмета оценки. Что касается непосредственных критериев их оценки, то руководитель экспертизы (автор исследовательской работы) сам может решить, какая система оценок будет использоваться. Как правило, применяется балльная система с указанием уровней, соответствующих той или иной оценке. Например, низкий уровень – 1 балл; плохой уровень – 2 балла; средний уровень – 3 балла; высокий уровень – 4 балла; очень высокий уровень – 5 баллов. Далее, по каждой группе методов выводится средняя оценка с точностью до десятых долей, как принято в математике.

Четвёртая группа методов (определение компетентности экспертов) реализуется следующим образом. Сначала суммируются средние оценки, полученные экспертами в результате опроса по первым трём методам, затем они ранжируются по мере убывания (в случае равенства результатов суммирования, предпочтение может быть отдано тому, у кого выше оценка по второй, затем третьей группе методов). После ранжирования формируются группы экспертов (но не более 12 человек в каждой группе) и выявляется степень согласованности между группами экспертов. Не будем останавливаться на технологии этой процедуры, так как она достаточно широко представлена в ряде источников, заметим лишь, что статистические методы проверки согласованности зависят от математической природы ответов экспертов (В. Г. Горский, А. И. Орлов, А. А. Гриценко, 2000 и др.).

Третий этап – проведение экспертизы. Она начинается с выбора метода экспертной оценки. Существует несколько таких методов. Наиболее популярными и приемлемыми для использования в практике научных исследований любой сферы деятельности, в том числе и в сфере адаптивной физической культуры, являются:

1. *Метод ассоциаций.* Данный метод основан на изучении и последующем сравнении схожего по свойствам объекта с другим объектом.

2. *Метод парных (бинарных) сравнений.* Он основан на сопоставлении экспертом альтернативных вариантов, из которых надо выбрать наиболее предпочтительные.

3. Метод векторов предпочтений. При данном методе эксперт анализирует весь набор альтернативных вариантов и выбирает наиболее предпочтительные.

4. Индивидуальный экспертный опрос. Проводится в форме интервью или в виде анализа экспертных оценок. Означает беседу автора с экспертом, в ходе которой он ставит перед ним вопросы, ответы на которые значимы для достижения программных целей исследования. Технология экспертных оценок предполагает индивидуальное заполнение экспертом разработанного автором формуляра в виде цензового листа, специальной анкеты и т. д., по результатам которого производится всесторонний анализ проблемной ситуации и выявляются возможные пути ее решения. Свои соображения эксперт выносит в виде оценки или суждения, которое не должно истолковываться двояко.

Надёжность оценок и решений, принимаемых на основе суждений экспертов, достаточно высока и в значительной степени зависит от завершающего этапа – **формализации полученных результатов, их обработки и анализа.**

Эта работа осуществляется в основном по двум направлениям: первое связано с анализом заключений экспертов, выраженных в качественном (нечисловом) виде – это градации качественных признаков, их ранжирование, результаты парных сравнений, недостаточно чёткие предпочтения и т. п. (в этом случае используется так называемая репрезентативная теория измерений – см. А. И. Орлов, 2002); второе направление связано с анализом заключений экспертов, выраженных в количественных изменениях.

Однако в обоих случаях присутствует субъективизм исследователя, так как автор даёт описательное изложение результатов, полученных экспертами, и сам делает вывод об

эффективности модели, процесса, программы и т. д. и выносит предложение о целесообразности или нецелесообразности использования полученных результатов в практической деятельности. В то же время, необходимо заметить, что второе направление более объективно, так как в этом случае результаты исследований можно обработать на математическом уровне (т. е. применить математические формулы) и с их помощью вычислить количественную меру эффективности изучаемого явления или обработать их методами математической статистики. Всё будет зависеть от целей исследования и репрезентативности выборки, используемой в нём.

Среди рассмотренных этапов наиболее сложными, требующими более детального рассмотрения, являются *третий и четвёртый*. Для чёткого представления о содержании и последовательности выполняемых работ при реализации этих этапов в практике экспертной оценки, рассмотрим их технологию на примере оценки состояния модели информационного обеспечения системы управления коллективом, занятым в сфере управления учреждениями физической культуры. Она может быть реализована применительно к аналогичной оценке исследуемого или иного процесса в сфере управления подразделениями адаптивной физической культуры, а также в русле решения других задач исследования с учётом особенностей изучаемого предмета.

Третий этап (проведение экспертизы) по оценке модели информационного обеспечения начинается с определения критериев, характеризующих её эффективность. Такими критериями в соответствии с теорией управления являются: оптимальность информации, её достоверность, своевременность и затраты на обработку. Далее, применительно к исследуемому уровню (звену) управле-

ния составляется анкета, которую заполняет автор исследования (если он достаточно компетентен в этих вопросах) или (что предпочтительнее) наиболее квалифицированный в данной области знаний эксперт. Это выполняется следующим образом. По каждому критерию аналитическим путём определяются: во-первых, состав факторов (показателей), характеризующих его состояние и ограничения накладываемые на них; во-вторых, весовая значимость факторов, характеризующих критерий эффективности информационного обеспечения в общем их наборе (при этом сумма весов по каждому критерию должна быть равна 100).

Вот как это выглядело в наших исследованиях применительно к оценке одного из важнейших критериев эффективности модели информационного обеспечения – оптимальности информации (табл. 1).

Отметим, что совсем не обязательно должно быть то количество факторов, которое указано в таблице 1. Их перечень может быть расширен, всё зависит от задач исследования и уровня управления, на котором осуществляется экспертная оценка данной модели (процесса, явления и т. д.).

Следующий вид работы – составление цензового листа (табл. 2) и его заполнение экспертами. Эту работу эксперты могут делать одномоментно (даётся сравнительная оценка факторов до эксперимента и после него) и поочерёдно. Лучше второе, так как в этом случае эксперты выявляют «узкие» места в существующей модели информационного обеспечения, чтобы автор мог качественно осуществить работу по улучшению показателей критериев для формирования более совершенной модели.

В наших исследованиях использовался второй вариант. В цензовом листе эксперты по балльной шкале (от 0 до 5) высказывали своё мнение

Таблица 1

Анкета факторов и их оценка для определения критерия «Оптимальность информации»		
Факторы	Ограничения	Значимость
Соответствие информации по своему содержанию задачам, которые решаются в процессе управления адаптивной физической культурой на данном уровне.	→ max	20
Степень взаимосвязи управленческой информации по проведению различных форм (мероприятий) физической культуры.	→ max	15
Степень согласованности управленческой информации, циркулирующей на данном уровне с информацией, поступающей от вышестоящих органов управления.	→ max	20
Степень дублирования показателей, содержащихся в управленческих документах данного уровня.	→ min	10
Наличие полезной информации, содержащейся в управленческих документах данного уровня.	→ max	15
Упорядоченность потоков документов по периодичности формирования и срокам разработки.	→ max	10
Степень многообразия форм документов одного назначения	→ min	10

Таблица 2

Цензовый лист эксперта

Эксперт _____ Критерий _____
(фамилия, инициалы)

Факторы	Фактический ценз (балл)	
	До эксперимента	После эксперимента
Соответствие информации по своему содержанию тем задачам, которые решаются в процессе управления адаптивной физической культурой на данном уровне.	3	4
Степень взаимосвязи управленческой информации по проведению различных форм (мероприятий) физической культуры.	3	4
Степень согласованности управленческой информации, циркулирующей на данном уровне с информацией, поступающей от вышестоящих органов управления.	3	4
Степень дублирования показателей, содержащихся в управленческих документах данного уровня.	2	5
Наличие полезной информации, содержащейся в управленческих документах данного уровня.	2	4
Упорядоченность потоков документов по периодичности формирования и срокам разработки.	1	4
Степень многообразия форм документов одного назначения.	1	3

Таблица 3

Сводный цензовый лист

Факторы	Значимость фактора	Возможный высший ценз		Фактический ценз			
		Оценка в баллах	С учётом значимости	До эксперимента	После эксперимента	Оценка в баллах	С учётом значимости
1	2	3	4	5	6	7	8
Соответствие информации по своему содержанию тем задачам, которые решаются в процессе управления адаптивной физической культурой на данном уровне.	20	5	100	3,1	62	4,4	88
Степень взаимосвязи управленческой информации по проведению различных форм (мероприятий) физической культуры.	15	5	75	3,3	49,5	4,4	66
Степень согласованности управленческой информации, циркулирующей на данном уровне с информацией, поступающей от вышестоящих органов управления.	20	5	100	3,0	60	4,0	80
Степень дублирования показателей, содержащихся в управленческих документах данного уровня.	10	5	50	2,2	22	4,5	45
Наличие полезной информации, содержащейся в управленческих документах данного уровня.	15	5	75	2,4	36	4,2	63
Упорядоченность потоков документов по периодичности формирования и срокам разработки.	10	5	50	1,4	14	4,4	44
Степень многообразия форм документов одного назначения.	10	5	50	1,2	12	2,8	28
Итого		100		500		255,5	
							414

о фактическом состоянии модели информационного обеспечения системы управления физкультурно-спортивным коллективом. К экспертизе были привлечены руководители структурных подразделений районных комитетов по физической культуре и спорту Санкт-Петербурга.

Оценки экспертами выставлялись методом присоединения к одному из альтернативных суждений, характеризующий состояние фактора по каждому оцениваемому критерию: очень низкий уровень – 0 баллов; низкий уровень – 1 балл; средний уровень – 3 балла; высокий уровень – 4 балла; очень высокий уровень – 5 баллов.

После заполнения анкеты и цензового листа эксперта заполнялся сводный цензовый лист (табл. 3). В него из анкеты (табл. 1) в столбцы 1 и 2

табл. 3 заносились факторы и их весовая значимость по каждому критерию; выставлялся наивысший возможный ценз по каждому фактору в баллах и с учётом значимости. Высшим цензом в нашем случае являлась оценка в 5 баллов, которая характеризовала фактор как фактор с очень высоким уровнем.

Умножив оценку на «весовую» значимость фактора и, сложив все произведения в столбце 4, в итоге получали наивысший из возможных суммарных рангов. Сумма рангов (весов) по каждому критерию должна быть равна 500.

Затем в столбцах 5 и 7 по результатам обработки цензовых листов экспертов выставлялась интегральная оценка (средний балл) фактического состояния критерия, характеризующего оптимальность информации до

эксперимента и после него. Проставленные в указанных графах оценки умножались на «весовую» значимость фактора и произведение полученных значений заносилось в столбцы 6 и 8. Последующее сложение величин в этих графах давало фактический суммарный ранг критерия эффективности до и после эксперимента.

После заполнения экспертами перечисленных документов начинался четвёртый этап процедуры экспертизы оценки – формализация полученных результатов, их обработка и анализ, т. е. перевод результатов аналитической работы экспертов в количественные показатели.

Количественная оценка эффективности модели информационного обеспечения системы рассчитывалась на основе коэффициентного метода, который наиболее полно отве-

чает требованиям объективности и сопоставимости полученных результатов. Границы коэффициента с позиций математической науки, выражаются значением от 0 до 1. Сначала рассчитывается величина частного коэффициента эффективности (по каждому критерию), затем всей модели информационного обеспечения в целом.

Величина частного коэффициента эффективности по каждому критерию до и после экспериментальных исследований вычисляется по формуле:

$$K = P_{1,2} / P_{\max}, \text{ где}$$

K – частный коэффициент эффективности критерия;

$P_{1,2}$ – фактический суммарный ранг до (P_1) и после (P_2) эксперимента;

P_{\max} – максимальный (наивысший) суммарный ранг критерия.

Применительно к рассматриваемому критерию (оптимальность информации) частный коэффициент его эффективности до эксперимента составил 0,51, после эксперимента 0,83. Чтобы оценить состояние исследуемого критерия использовались следующие значения коэффициента: до 0,2 единиц – очень низкий уровень; 0,21 – 0,4 единицы – низкий уровень; 0,41 – 0,6 – средний уровень; 0,61 – 0,8 – высокий уровень; 0,81 и выше – очень высокий уровень. Исходя из результатов экспертных суждений, был сделан вывод, что в существующей

модели информационного обеспечения системы управления физкультурными коллективами районного звена оптимальность информации до эксперимента не отвечала необходимым требованиям и представлена в виде среднего значения. После проведения модельного эксперимента, в связи с принятыми мерами по совершенствованию факторов (показателей), характеризующих оптимальность информации, значение этого критерия выросло до очень высоких значений и он (критерий) стал отвечать современным требованиям.

Аналогичная работа по остальным критериям эффективности модели позволила оценить эффективность модели информационного обеспечения комплексно, т. е. с учётом оценки всех критериев её характеризующих. Комплексная оценка эффективности модели информационного обеспечения системы управления физкультурными коллективами районного звена осуществлялась с помощью интегрального коэффициента, который представляет собой среднестатистическое значение частных коэффициентов:

$$K_m = (K_1 + K_2 + \dots + K_n) / n, \text{ где}$$

K_m – интегральный коэффициент;
 K_1, K_2, \dots, K_n – частные к коэффициенты эффективности;
 n – количество частных коэффициентов.

Для оценки эффективности модели информационного обеспечения можно воспользоваться шкалой оценки частных критериев эффективности или ввести другую, которая, по мнению автора или экспертов позволила бы более объективно охарактеризовать сравниваемые модели (до и после модельного эксперимента).

Таким образом, для успешной реализации метода экспертных оценок в практике научных исследований необходимо последовательно соблюдать технологию экспертизы, чётко придерживаться рекомендаций по проведению каждого из её этапов. Это позволит авторам научных изысканий достаточно объективно оценить результаты своих исследований.

Литература

- Башкин В. М. Система индивидуальной адаптации организма спортсменов к тренировочным нагрузкам в скоростно-силовых видах лёгкой атлетики / Автореф. дис. докт. пед. наук. – СПб.: РГПУ им. А. И. Герцена, 2011.
- Горский В. Г., Орлов А. И., Гриценко А. А. Метод согласования кластеризованных ранжировок // Автоматика и телемеханика. 2000. №3. – С. 159–167.
- Менеджмент. Учебное пособие. / Под ред. Ж. В. Прокофьевой. – М.: Знание, 2000. – 288 с.
- Орлов А. И. Эконометрика. Учебное пособие. – М.: Изд-во «Экзамен», 2002.
- Сайкина Е. Г. Фитнес в системе дошкольного и школьного физкультурного образования / Автореф. дис. докт. пед. наук. – СПб.: РГПУ им. А. И. Герцена, 2009.

процессы, а вспомогательными являются кадровые, в том числе обучение кадров, научно-методические, финансовые.

К. А. Абульхановой-Славской (2004) качество труда учителя, уровень его профессиональной компетенции выделяется как основное условие,

В. А. Качаловым (2001) качество субъекта получения образования (аби-туриента) провозглашается основным и т. п. В связи с этим, на наш взгляд достаточно интересным представляется вопрос о выделении и ранжировании множества факторов оказывающих влияние на качество образования по физической культуре в специальном (коррекционном) учреждении. Для его решения мы использовали **метод групповых экспертиз оценок**.

Проблемными экспертам выступили следующие специалисты:

Н. Л. Литош – кандидат педагогических наук, доцент, начальник учебно-методического управления Сибирского государственного университета физической культуры и спорта (г. Омск);

Модель управления качеством образования по физической культуре в специальном (коррекционном) образовательном учреждении

Барабаш О. А., доктор педагогических наук, профессор.
 ФГАОУ ВПО «Дальневосточный федеральный университет»

Ключевые слова: специальное образование, управление качеством, кибернетический подход, метод экспертизы оценок, моделирование

Аннотация. В статье представлены результаты исследования направленного на изучение качества образования в специальном (коррекционном) учреждении, с использованием метода групповых экспертиз оценок, траекторного описания проблемы и моделирования.

Контакт: tfks@imcs.dvgu.ru

Model of physical culture education quality control in special (correction) educational institution

Dr. Barabash O., Professor.
 Far East Federal University, Vladivostok

Keywords: special education, quality control, cybernetic approach, Delhi approach, simulation

Abstract. The paper submits the results of research directed at studying of quality of education in special (correction) institution with the use of method of group Delphi approach, trajectory problem description and simulation.

Современными учеными выделяется широкий спектр условий, располагаемых в различной, часто противоречивой, иерархии, от которых зависит ка-

чество образования. М. М. Погашник (1997) в качестве основных условий обеспечения качества определяет учебно-воспитательный и инновационный

Е. А. Григорьева – кандидат педагогических наук, доцент, ректор Приморского института переподготовки и повышения квалификации работников образования;

А. С. Пайкова – главный специалист отдела специального образования департамента образования и науки Администрации Приморского края, председатель краевой ПМПК;

Г. П. Иржевская зам. декана факультета коррекционной педагогики Владивостокского представительства Дальневосточной государственной социально-гуманитарной академии;

В. П. Судоргина – главный методист кабинета физической культуры Приморского института переподготовки и повышения квалификации работников образования;

В. И. Нелюб – методист отдела образования администрации г. Владивостока.

Обработка результатов проводилась путем обобщения перечня обозначенных экспертами факторов, составления таблицы рангов целей (табл. 1) и вычисления коэффициента конкордации Кендалла.

В результате обобщения и обработки результатов было получено следующее: наибольшую сумму рангов эксперты присвоили такому фактору как профессиональная компетентность учителя, далее следует уровень материально-технического обеспечения процесса. Эти факторы набрали соответственно 48 и 45 баллов из 54 возможных.

Качеству учебно-методического и программного обеспечения процесса образования по физической культуре по

сумме рангов было присвоено 43 балла. По нашему мнению, необходимо разделять качество учебно-методического и программного обеспечения процесса. Так, учебно-методическое насыщение учебного процесса в образовательных учреждениях региона может быть обусловлено развитием науки и образования в регионе (количество вузов, соотношение докторов и кандидатов педагогических наук в них, хорошо действующая система подготовки педагогических кадров высшей квалификации по специальности 13.00.04, 13.00.03). Все это в конечном итоге может способствовать разработке учебно-методической литературы для системы специального образования региона. Качество же программного и нормативного обеспечения определяется уровнем развития педагогики и смежных наук в стране, т. е. состоянием программно-нормативных основ всей системы физического воспитания страны.

32 балла было присвоено такому фактору, как качество внутреннего руководства процессом (со стороны администрации школы). Мы рассматриваем качество руководства как одно из внешних по отношению к учебно-воспитательному процессу по физической культуре условий не только на уровне образовательного учреждения, но и на муниципальном, региональном и др. уровнях.

Следующую по значимости группу факторов составили: уровень здоровья детей, поступающих в 1 класс (25 баллов), современная система подготовки и повышения квалификации учителей физической культуры (24 балла) и наличие специалистов в системе дополнительного физкультурного образования

школьников с нарушениями здоровья (22 балла). Развитие адаптивного спорта (16 баллов), проведение смотров-конкурсов профессионального мастерства учителей физической культуры (15 баллов).

Кроме того, одним из экспертов в качестве дополнительного показателя была выделена мотивация школьников к занятиям физической культурой. Некоторыми экспертами, помимо факторов «современная система подготовки и повышения квалификации учителей физической культуры» и «наличие специалистов в системе дополнительного физкультурного образования школьников с нарушениями здоровья» был выделен фактор – «проведение смотров-конкурсов педагогического мастерства учителей». Все перечисленные факторы, по нашему мнению, соответствуют такому выделенному нами внешнему условию, как подготовка и повышение квалификации педагогов по адаптивной физической культуре. Сюда же мы относим и другие формы повышения их квалификации.

Известно, что коллективное суждение экспертов (W), выраженное в условных единицах, изменяется в диапазоне $0 < W < 1$, причем «0» – полная несогласованность, «1» – полное единодушие. В нашем случае коэффициент конкордации Кендалла составил 0,587, что говорит о среднем уровне согласованности мнений проблемных экспертов.

Подводя итог, заметим, что применение метода экспертных оценок позволило как подтвердить основные положения разработанной нами модели управления качеством образования по физической культуре, так и обнаружить невысокую степень согласованности мнений экспертов.

Традиционно модель определяется как естественный или искусственный, материальный или идеальный заменитель объекта, который имеет общие свойства с изучаемым объектом. Построение модели возможно путем выделения в реальном объекте более мелких элементов. Объектный принцип анализа элементов и их взаимосвязи позволяет в полной мере реализовать принцип природной специфичности. Этот принцип, иначе называемый принципом «белого ящика» предполагает обязательный учет специфики природы объекта и закономерностей его развития. При этом внутренняя структура «белого ящика» должна быть исчерпывающе ясна. Если же внутренняя структура объекта не известна, но ясны входные и выходные данные используют термин «черный ящик».

Таблица 1 Таблица рангов целей коэффициента конкордации Кендалла

Эксперты	Факторы								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
A	5	9	6	8	2	1	3	7	4
B	8	6	3	9	4	7	5	1	2
C	6	7	2	9	1	5	3	4	8
D	9	8	6	7	1	3	2	5	4
E	6	7	8	9	3	2	1	5	4
F	9	8	7	6	5	4	1	3	2
Сумма рангов	43	45	32	48	16	22	15	25	24
Квадраты отклонений	169	225	4	324	196	64	225	25	36
Сумма квадратов отклонений	1268								
Коэффициент конкордации	0,587								

Примечание.

Факторы: 1 – учебно-методическое обеспечение, наличие инновационных образовательных программ, 2 – материально-техническое обеспечение процесса, 3 – качество руководства со стороны администрации школы, 4 – профессиональная компетентность учителя, 5 – развитие инвалидного спорта, 6 – наличие специалистов в системе дополнительного физкультурного образования школьников с нарушениями здоровья, 7 – проведение смотров-конкурсов профессионального мастерства учителей физической культуры, 8 – состояние здоровья поступающих в 1 класс детей, 9 – современная система подготовки и повышения квалификации учителей физической культуры.

Для обобщения представленного выше теоретического материала мы использовали его **траекторное описание** (Г. С. Поспелов, В. А. Ириков, 1979), которое позволяет формализовать постановку многих социальных проблем, когда требуется перевести некоторый объект исследования (O) из одного состояния в другое или изменить неблагоприятную динамику его состояния.

Как известно, каждая проблема характеризуется некоторым постоянным набором регулирующих показателей (P_1, P_2, \dots, P_m), которые объективно отражают ее состояние в любой момент времени. Таким образом, проблему обычно представляют в виде кортежа:

$$\Pi = \langle O, P, P^* \rangle, \text{ где}$$

P – проблема;

O – объект исследования;

P – регулирующий показатель, характеризующий состояние O ;

P и P^* – исходное и желаемое состояние O соответственно.

Математическая постановка проблемы имеет вид:

$$\Pi = [P_o - P^*], \text{ где}$$

$P_o = (P_{o1}, P_{o2}, \dots, P_{os})$ – фактическое (исходное) состояние O ;

$P^* = (P^{*1}, P^{*2}, \dots, P^{*s})$ – желаемое состояние O .

Решить данную проблему – значит ликвидировать расхождение между желаемым (P^*) и фактическим (P_o) состоянием объекта исследования (O). Достичь этого можно лишь при условии, что состояние O зависит от управляемых факторов. Причинно-следственную связь между состоянием O (P) и факторами, влияющими на это состояние, представляют в виде:

$$P = \Phi(x, y), \text{ где}$$

$P = (P_1, P_2, \dots, P_s)$ – вектор состояния O ;
 $x = (x_1, x_2, \dots, x_n)$ – вектор неуправляемых факторов;

$y = (y_1, y_2, \dots, y_m)$ – вектор управляемых факторов;

Φ – функция, оператор, алгоритм, правило, высказывание, выражающее причинно-следственную связь между P и x , y (В. И. Франчук, 1991).

Исходя из этого можно представить модель нашего объекта исследования – качества образования, – как это принято в кибернетике, то есть в виде «черного ящика» рис. 1.

На входе потенциально управляемые (y_1, y_2, \dots, y_m) и неуправляемые (x_1, x_2, \dots, x_n) факторы, а на выходе регулирующие показатели (P_1, P_2, \dots, P_s), определяемые устройством «черного ящика».

Благодаря такой модели рассматриваемая проблема может быть представлена в виде задач управления, решаемых с помощью известных методов, при этом **вектор управляемых факторов** составляют: внутренние факторы обеспечения процесса (материально-техническое, кадровое) и такие внешние условия, как развитие адаптивного спорта, система подготовки и переподготовки педагогических кадров, уровень учебно-методического обеспечения процесса. **Вектор неуправляемых факторов** (на уровне региональной системы образования) составляют такие внешние условия как: состояние здоровья поступающих в 1 класс детей, качество руководства образованием на высших уровнях. **Регулирующими же показателями** являются различные стороны подготовленности учащихся и их общее физическое состояние. Рассмотрим их подробнее.

Используя общенаучные логические методы, нами была разработана модель управления качеством образования по физической культуре (рис. 2). В данном случае показана роль, месторасположение и взаимосвязь внутренних факторов, внешних условий и регулирующих показателей качества образования.

Смысл представленной модели заключается в следующем: ее общий вид представлен в форме спирали, что является указанием на экстраполяцию экстраполяцию (лат. extra – вне и polire – отделять, приглаживать) логико-методологической процедуры переноса общего вида модели Эттингера-Ситтига, показывающей цикличность процесса управления и модели Дж. М. Джурана, которая отражает непрерывное формирование и улучшение качества. Поскольку, как нам представляется, процесс управления качеством образования по физической культуре это повторяющиеся циклы с тенденцией к повышению качества после окончания каждого из успешно завершенных жизненных циклов образовательной услуги, в процессе которого последовательно реализуются все функции управления, нами же сделан акцент на «сквозном» использовании функции контроля. Кроме того, вид спирали наиболее полно отражает процессный подход, поскольку в своих последних стандартах Между-

народная организация по стандартизации рекомендует внедрять новые методы управления качеством, основанные на процессном подходе.

При этом декларируется, что любая деятельность, в которой используются ресурсы для преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Поскольку функционирование и развитие образовательного учреждения многоаспектно, оно может быть представлено в виде совокупности разнообразных процессов, необходимых для достижения цели. В то же время каждый из этих процессов может быть представлен как совокупность отдельных типовых операций (проведение урока и т. п.). Эти типовые операции будут, естественно, различаться в зависимости от стадии жизненного цикла образовательной услуги, но иметь единую базовую основу.

Заключение.

Управление качеством образования по физической культуре мы склонны рассматривать в контексте процессного подхода, то есть как процесс, представляющий собой совокупность непрерывных и взаимосвязанных видов деятельности, направленных на формирование физической культуры личности в течение всего жизненного цикла образовательной услуги.

Литература

- Абульханова-Славская К. А. Психология и педагогика [Текст]: учеб. пособие / К. А. Абульханова-Славская, Е. Н. Богданов, А. А. Бадалов и др. – М.: Институт Психологии, 2004. – 584 с.
- Поташник М. М. Управление современной школой (в вопросах и ответах) [Текст]: пособие для руководителей образовательных учреждений и органов образования / М. М. Поташник, А. М. Моисеев. – М.: Новая школа, 1997. – 352 с.
- Поспелов Г. С. Программно-целевое планирование [Текст] / Г. С. Поспелов, В. А. Ириков. – М.: Сов. радио, 1979. – 600 с.



Рис. 1. Модель объекта исследования представленная в виде «черного ящика»



Рис. 2. Модель управления качеством образования по физической культуре.

народная организация по стандартизации рекомендует внедрять новые методы управления качеством, основанные на процессном подходе.

При этом декларируется, что любая деятельность, в которой используются ресурсы для преобразования входов в выходы, может рассматриваться как процесс. Поскольку функционирование и развитие образовательного учреждения многоаспектно, оно может быть представлено в виде совокупности разнообразных процессов, необходимых для достижения цели. В то же время каждый из этих процессов может быть представлен как совокупность отдельных типовых операций (проведение урока и т. п.). Эти типовые операции будут, естественно, различаться в зависимости от стадии жизненного цикла образовательной услуги, но иметь единую базовую основу.

Заключение. Управление качеством образования по физической культуре мы склонны рассматривать в контексте процессного подхода, то есть как процесс, представляющий собой совокупность непрерывных и взаимосвязанных видов деятельности, направленных на формирование физической культуры личности в течение всего жизненного цикла образовательной услуги.

Литература

- Абульханова-Славская К. А. Психология и педагогика [Текст]: учеб. пособие / К. А. Абульханова-Славская, Е. Н. Богданов, А. А. Бадалов и др. – М.: Институт Психологии, 2004. – 584 с.
- Поташник М. М. Управление современной школой (в вопросах и ответах) [Текст]: пособие для руководителей образовательных учреждений и органов образования / М. М. Поташник, А. М. Моисеев. – М.: Новая школа, 1997. – 352 с.
- Поспелов Г. С. Программно-целевое планирование [Текст] / Г. С. Поспелов, В. А. Ириков. – М.: Сов. радио, 1979. – 600 с.

Управление процессом адаптивного физического воспитания в специальном (коррекционном) образовательном учреждении I-V вида

Селитреникова Т. А., кандидат педагогических наук, доцент.

Второй Тамбовский филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации

Ключевые слова: коррекционная педагогика, дети-инвалиды, сенсорная система.

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы коррекционной педагогики, комплексного контроля над процессом физического воспитания детей с патологией сенсорной системы. Приводятся аспекты и направления анализа деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-V вида.

Контакт: ser.selitrenikoff@yandex.ru

Managing the process of adaptive physical education in special (correctional) educational institution type I-V

Selitrenikova T. A., PhD, Assistant Professor.

The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, the second branch of the Tambov

Keywords: correctional pedagogy, children with disabilities, sensory system.

Abstract. The questions Special Education, a comprehensive control over the educations of children with physical, sensory disorders. Provides perspective and analysis of the direction of special (correctional) educational institutions I - V species.

Введение

Деятельность специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-II, III-IV и V видов определяется, прежде всего, целями и задачами сурдо-, тифлопедагогики и логопедии. Цель означенных направлений коррекционной педагогики состоит в обеспечении максимально возможного уровня независимости в жизни детям, имеющим сенсорную патологию, посредством достижения ими определенной степени самостоятельности и самореализации.

Достижению этой цели способствует решение следующих задач:

1. выявление степени сохранности анализаторов и установление их возможной роли в процессе обучения ребенка;

2. возможная коррекция и компенсация педагогическими средствами дефекта развития;

3. поддержание устойчивости физической работоспособности школьника в процессе учебной деятельности;

4. социальная и личностная реабилитация учащегося;

5. теоретическое обоснование и осуществление личностно ориентированного подхода в образовательном и учебно-воспитательном процессе школьников;

6. определение содержания, методов и технологий образования;

7. обучение согласно специальным образовательным стандартам.

Методики

Для решения данной группы задач, по нашему мнению, необходимо проведение грамотного контроля над деятельностью педагогического состава, теоретической и практической подготовленностью школьников, их физическим развитием и функциональным состоянием, а также материально-техническим обеспечением учебного процесса со стороны руководителя специального (коррекционного) образовательного учреждения I-V вида.

Экспериментальная часть

Исследователи (Л. И. Солнцева, В. З. Денискина 2004; О. В. Анфилатова, 2005) обозначают наиболее существенные проблемы деятельности специальных (коррекционных) образовательных учреждений I-V вида: отсутствие возможности получения цензового образования, недостаточная вариативность обучающих программ, невозможность перехода в массовую школу для последующего обучения, позднее начало коррекционной работы. Согласно их мнению, в данных учебных заведениях отсутствует комплексный подход, со-

здающий полипрофессиональную общность педагогов, вовлеченных в процесс образования детей и коррекции дефекта их развития. Этот факт совместно с результатами наших исследований дает нам право говорить о необходимости постоянного комплексного контроля над процессом образования детей, имеющих сенсорную патологию, а также деятельностью педагогов, задействованных в их адаптивном физическом воспитании.

А. И. Дычков (1995), С. Д. Антонюк, С. А. Королев (2010) предлагают организовать выборочный контроль таких аспектов образования школьников с ограниченными возможностями здоровья, как развитие их двигательных качеств, то есть практической подготовленности учащихся как одной из основных составляющих процесса адаптивного физического воспитания. При этом они рекомендуют делать акцент на изучении и последующем контроле развития силовых качеств ребенка.

Мы не можем не согласиться с исследователями в том, что в результате применения методов наглядной информации значительно интенсифицируется процесс представления о методике занятий и технике выполнения физических упражнений. Так, использование методов наглядного восприятия у глухих и слабослышащих школьников приводит к осознанному выполнению комплексов упражнений и повышает интерес учащихся к занятиям физической культурой. Однако у слепых и слабовидящих школьников невозможно или сильно затруднено зрительное восприятие какой-либо информации. Поэтому в школах-интернатах III-IV вида не всегда целесообразно использование наглядных средств в процессе адаптивного физического воспитания. Соответственно, мы считаем недостаточным проведение контроля развития и функционирования только двигательной сферы учащихся. Для того чтобы получить полную картину о качестве образовательной услуги необходимо проведение комплексного контроля всех аспектов деятельности специального (коррекционного) образовательного учреждения I-V вида.

Прежде всего, контролю со стороны руководства подлежит учебно-методическое обеспечение образовательного процесса, в том числе по физической культуре. Администрация должна отслеживать своевременное поступление и внедрение в образовательный процесс учебных программ, а также новых учебно-методических разработок по соответствующему предмету. Также контролирующая функция управления заключается в создании и поддержании необходимой материально-технической базы в специальном (коррекционном) образовательном учреждении.

В школах-интернатах I–V вида в учебную программу по физической культуре входят следующие разделы: гимнастика, легкая атлетика, лыжная подготовка, коньки, волейбол, баскетбол, футбол, ориентирование, равновесие.

Значит, для процесса адаптивного физического воспитания необходим следующий спортивный инвентарь: для гимнастики – набивные мячи, палки, гимнастическая стенка, скамейка, перекладина, брусья, кольца, конь, козел с мостиком, скакалка, канат; для легкой атлетики – инвентарь для прыжков в высоту, эстафетная палочка, набивной мяч (для толкания и метания), граната, малые мячи, оборудование для прохождения полосы препятствий; для лыжной подготовки – лыжи, палки, ботинки; коньки; для волейбола, баскетбола и футбола – мячи (по количеству игроков в классе); для ориентирования и равновесия – специальный спортивный инвентарь – озвученный мяч (для метания в стену и ловли по звуку), булавы и маты для обхода препятствий, наклонная гимнастическая стенка, канат, устройство для воспроизведения звукового сигнала, малые мячи (для метания и определения расстояния по звуку), граната (для метания на точность на звуковой ориентир), груз весом 1 кг (для ходьбы с грузом на голове).

Для отслеживания состояния материально-технической базы специального (коррекционного) образовательного учреждения мы предлагаем использовать карту самоанализа, в которой как раз и отражено наличие спортивного инвентаря и оборудо-

ования для всех разделов учебной программы по предмету «Физическая культура» в процентах.

Присталое внимание при проведении контроля физического развития и функционального состояния организма ребенка, имеющего поражение органов сенсорной системы, необходимо уделять анализу сопутствующих основному диагнозу заболеваний. Наличие или отсутствие какого-либо конкретного заболевания оказывает ощутимое влияние на процесс адаптивного физического воспитания каждого обучающегося в школе-интернате ребенка, а, соответственно, на уровень его теоретической и практической подготовленности.

Результаты и их обсуждение

На фоне зрительной депривации у многих детей возникают нарушения в деятельности нервной системы или опорно-двигательного аппарата. Реже встречаются нарушения функций кардиореспираторной системы ребенка, ожирение и онкологические заболевания (когда причиной слепоты становится опухоль мозга).

Нарушение или недоразвитие органа зрения ограничивает возможности ребенка в познании окружающего мира и затрудняет динамическое восприятие им пространственной ориентации. Соответственно, у школьника, имеющего зрительную патологию, могут отмечаться недостатки психического и физического развития, а также формирования двигательных навыков.

Особенности патологии предопределяют специфику деятельности слепых и слабовидящих детей. Так, у них часто выявляется затруднение в овладении практическими навыками, специфические особенности общения и психофизического развития, своеобразие эмоционально-волевой сферы. Вследствие расстройства зрительно-моторной координации снижается скорость и качество выполнения двигательных действий различного характера.

Л. В. Шапкова (1994), С. П. Евсеев (1996), С. М. Хорош (2004) отмечают, что научно обоснованное применение физических упражнений способствует коррекции и снижению риска возникновения сопутствующих основному диагнозу заболеваний у школьника с патологией зрительно-

го анализатора. Согласимся с ними в том, что грамотное возможно раннее направленное педагогическое воздействие будет способствовать успешному развитию компенсаторных реакций у учащегося, имеющего нарушения зрения.

Кроме того, адаптивное физическое воспитание слепых и слабовидящих школьников является залогом успешной учебно-воспитательной работы специального (коррекционного) образовательного учреждения III–IV вида в целом, так как в определенной мере обеспечивает коррекцию и ликвидацию недостатков физического развития и моторики учащихся. Все это указывает на необходимость контроля со стороны руководства специального (коррекционного) образовательного учреждения III–IV вида не только над организацией учебного процесса, его методологической базой и материально-техническим оснащением, но также и над состоянием здоровья учащихся и их мотивацией к занятиям физической культурой.

У школьников с патологией слуховой сенсорной системы обнаруживаются нарушения двигательной сферы:

- замедленная скорость выполнения различного рода манипуляций;
- неточная координация и неуверенность в движениях;
- трудность сохранения равновесия.

У людей, имеющих заболевания слухового анализатора, часто возникают и вестибулярные нарушения, что, в свою очередь, влияет на их двигательную активность. Н. Л. Надеина (1989) отмечает, что даже незначительные нарушения в работе вестибулярного аппарата вызывают существенные изменения моторики глухих детей. Другие исследователи (Н. И. Букин, 1998; С. А. Королев, 2010) указывают на то, что патология органа слуха нередко сопровождается нарушениями в работе нервной системы. По их данным, у более чем половины обследованных детей школьного возраста, имеющих патологию органа слуха, отмечается изменение характера рефлекторного ответа в виде снятия тормозного влияния коры головного мозга. Исходя из вышеизложенного, можно утвер-

ждать, что развитие двигательной сферы у глухих и слабослышащих учащихся обусловлено, во-первых, отсутствием или недостаточным развитием слуха; во-вторых, недоразвитием речи и, в-третьих, патологическими изменениями функциональных систем организма.

Поэтому для комплексного контроля над процессом адаптивного физического воспитания в специальном (коррекционном) образовательном учреждении I–V вида предлагаем использование направлений, означенных в таблице.

Данные мероприятия, проводимые регулярно, позволят руководителю полностью контролировать образовательный процесс по адаптивному физическому воспитанию в возглавляемом им учебном заведении. Кроме того, комплексный контроль обеспечит более высокий уровень обучения школьников, а, следовательно, повышение качества образовательной услуги в конкретном специальном (коррекционном) учебном заведении I–V вида.

Таблица
Контролирующая функция руководителя в специальном (коррекционном)
образовательном учреждении I–V вида

Период контроля	Направления контроля		
Начало учебного года	Материально-техническая база. Учебно-методическое обеспечение образовательного процесса. Состояние здоровья детей. Состояние здоровья учителей. Теоретическая и практическая подготовленность учащихся.	Оборудование для гимнастики, легкой атлетики, лыжной подготовки, коньков, волейбола, баскетбола, футбола. Образовательные программы по предмету «Физическая культура», программа «Здоровье», расписание занятий в секциях и графики спортивных соревнований. Наличие сопутствующих основному диагнозу заболеваний, физическое развитие, функциональное состояние, мотивация к занятиям физкультурой. Самочувствие, настроение, мотивация, личностное отношение к деятельности школы, уровень профессиональных потребностей и др. Входной контроль теоретических знаний и практических умений.	
Конец учебного года	Состояние здоровья детей. Состояние здоровья учителей Теоретическая и практическая подготовленность учащихся.	Наличие сопутствующих основному диагнозу заболеваний, физическое развитие, функциональное состояние, мотивация к занятиям физкультурой. Самочувствие, настроение, мотивация, личностное отношение к деятельности школы, уровень профессиональных потребностей и др. Итоговый контроль теоретических знаний и практических умений.	

Литература

1. Зайцева И. А. Управление образовательными системами / И. А. Зайцева, В. С. Кукушкин, Т. В. Миронова и др. – М.: Ростов-н/Д, 2003.
2. Кантор В. З. Педагогическая реабилитация и стиль жизни слепых и слабовидящих / В. З. Кантор. – СПб., 2004.
3. Основы управления специальным образованием: Учебное пособие для студентов вузов / Под ред. Д. С. Шилова. – М.: Академия, 2001. – 336 с.

Адаптивная двигательная рекреация взрослого населения в санаторно-курортных условиях: проблемы и пути их решения

Федякин А. А., доктор педагогических наук, профессор,
Кортава Ж. Г., кандидат педагогических наук, доцент,
Федякина Л. К., кандидат педагогических наук, доцент.

Сочинский государственный университет туризма и курортного дела.

Ключевые слова: адаптивная двигательная рекреация, технология, отклонения в состоянии здоровья, взрослое население.

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы адаптивной двигательной рекреации взрослого населения. Предлагается технология адаптивной двигательной рекреации в санаторно-курортных условиях.

Контакт: faart@mail.ru

Adaptive motor recreation of the adult population in sanatorium and resort conditions: problems and solutions

Dr. Fedyakin A. A., Professor,
Kortava Zh. G., PhD, Assistant Professor,
Fedyakina L. K., PhD, Assistant Professor.

Sochi State University for Tourism and Recreation

Keywords: adaptive motor recreation, technology, variations of health status, adults.

Abstract. The article deals with the problem of adaptive motor recreation of the adult population. The technology of adaptive motor recreation in sanatorium and resort conditions has been offered.

Введение. Адаптивная двигательная рекреация – компонент адаптивной физической культуры, позволяющий удовлетворять потребности человека с отклонениями в состоянии

здоровья (включая инвалидов) в отдыке, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности, получении удовольствия, в общении [2]. Одним из наиболее популя-

рных путей восстановления и поддержания здоровья, восстановления и повышения физической и умственной работоспособности взрослого населения является пребывание и отдых в санаторно-курортных условиях. Однако значительная часть взрослого населения имеет те или иные нарушения в состоянии здоровья. Организация и технология адаптивной двигательной рекреации с такими лицами имеет свои особенности, которые обусловлены:

во-первых, многообразием видов отклонений в состоянии здоровья (нозологических групп), которые имеются у лиц взрослого населения, приезжающих на отдых, что создает определенные сложности при организации занятий адаптивной физической культурой;

во-вторых, сложностями в определении начальной и оптимальной величины нагрузки с учетом показаний и противопоказаний для каждой нозологической группы, для каждого индивидуума;

в-третьих, сложностями в выборе наиболее эффективных средств и методов адаптивной физической куль-

туры с учетом времени пребывания в санаторно-курортных условиях и нозологической группы;

в-четвертых, сложностями в выборе показателей контроля состояния здоровья и динамики физической подготовленности, а также способах оценки эффективности в процессе занятий адаптивной физической культурой в санаторно-курортных условиях.

Мы обозначили только основные проблемы, которые необходимо решать в процессе адаптивной двигательной рекреации взрослого населения в санаторно-курортных условиях.

Гипотеза и технология адаптивной двигательной рекреации. Представляется, что разработка и применение специальных технологий адаптивной двигательной рекреации взрослого населения будет способствовать удовлетворению потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья в отдыхе и интересном проведении досуга, а также будет способствовать устраниению нарушений и повышению резервных возможностей основных систем организма, усиливанию способности к саморегуляции и т. д.

В качестве определения технологии адаптивной двигательной рекреации можно предложить следующее – это особая форма прикладного научного знания, направленного на разработку и применение методик активного отдыха, восстановление умственной и физической работоспособности человека, поддержание здоровья человека и увеличение адаптивного потенциала основных систем организма в общей системе рекреационных и оздоровительных мероприятий в санаторно-курортных условиях.

Разработка технологии адаптивной двигательной рекреации в санаторно-курортных условиях может быть представлена в виде следующих последовательных шагов.

1. Необходимо собрать информацию об объекте, на который будет ориентирована разрабатываемая технология, т. е., о взрослом человеке, приехавшем на отдых. Предполагает получение следующих данных:

а) анамнез, включающий паспортные данные, перенесенные заболе-

вания, условия жизни, наследственность, вредные привычки и т. д.;

б) информации об уровне функциональной и физической подготовленности объекта, которая получается при использовании функциональных проб, как правило, с дозированной нагрузкой, педагогических и психологических тестов и т. д. Другими словами, прежде чем приступить к занятиям, необходимо разработать умозрительную модель объекта, на который должна быть ориентирована разрабатываемая технология.

В нашем случае, объектом воздействия являются лица зрелого возраста, имеющие нарушения регуляторных функций сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата, как правило, с излишним весом и не имеющие регулярного опыта занятий физической культурой в каком-либо ее виде. Функциональное состояние такого человека определяется особенностями строения клеток систем и органов, которые имеют свои особенности, вызванные нарушениями в состоянии здоровья, а также отсутствием регулярных занятий физическими упражнениями. Уровень физической подготовленности участников эксперимента по большинству показателей оценивается, как слабый.

2. Необходимо провести детальный анализ полученной информации. В ходе анализа полученной информации, определяется и формулируется реальная цель, которую планируют достигнуть за время отдыха в санаторно-курортных условиях. Оздоровительно-рекреативные занятия в санаторно-курортных условиях должны способствовать полноценному отдыху за счет переключения видов деятельности. Они призваны повысить функциональные возможности, улучшить физическую подготовленность, увеличить адаптационный резерв организма отдыхающих и т. д. Принимается решение о стратегии адаптивной двигательной рекреации.

3. Далее необходимо выбрать или разработать наиболее эффективные методики адаптивной физической культуры для восстановления и поддержания здоровья человека, что предполагает комплексное использование разнообразных средств, методов и методических приемов, позволяющих решить поставленные задачи. Представляется, что решение поставленных задач возможно на основе комплексного использования упражнений, оказывающих влияние на основные системы организма человека.

В результате тщательного отбора в занятия были включены:

- спортивные и подвижные игры и, в частности, пляжный волейбол. Это особенно актуально в условиях нашего региона, куда приезжает на отдых значительное количество людей, где природно-климатические условия позволяют заниматься пляжным волейболом круглый год;

- плавание и пешие восхождения, дозированные по расстоянию, времени и углу наклона (терренкур);

- локальные силовые упражнения на основные мышечные группы, которые выполняются с весом собственного тела и с использованием силовых тренажеров в статодинамическом режиме со значительным мышечным напряжением.

В качестве основного метода использовался метод строго регламентированного упражнения. Изменением количества игроков на площадке и длительности игры в пляжный волейбол регулировалась величина нагрузки в зависимости от подготовленности занимающихся.

На основе анализа физиологической кривой занятия было разработано рациональное чередование упражнений с участием мелких и крупных мышечных групп при выполнении комплекса силовых, индивидуально подобранных упражнений, выполняемых в статодинамическом режиме по методу круговой тренировки, что позволило эффективно управлять величиной нагрузки в процессе занятия.

4. Планирование и реализация программы занятий.

Оздоровительно-рекреативные занятия адаптивной физической культурой включали в себя подготовительную, основную и заключительную части. В подготовительной части занятия (7-10 минут) выполнялись общеразвивающие упражнения, перемещения, технические приемы пляжного волейбола и т. д. В качестве основного средства оздоровительно-

рекреативного воздействия использовалась игра в пляжный волейбол и терренкур, что соответствует двигательным предпочтениям и желанию участников эксперимента. Дополнительно, в зависимости от индивидуального профиля физической и функциональной подготовленности, рекомендовалось выполнение локальных силовых упражнений на «отстающие» мышечные группы в статодинамическом режиме с предельным напряжением. Ведь известно, что лишь прогрессивная степень нагрузки, созданная выполнением физических упражнений, по интенсивности и длительности превосходящая привычную, бытовую и трудовую деятельность, вызывает тренировочный и оздоровительно-рекреативный эффект [4].

Заключительная часть занятия состояла в том, что все участники эксперимента плавали в море.

В таблице 1 представлена примерная схема трехнедельного цикла занятий адаптивной физической культурой в экспериментальных группах.

Построение занятий осуществляется таким образом, чтобы локальные силовые и аэробные упражнения выполнялись в разное время суток (утром и вечером).

5. Технология занятий предполагает наличие контроля над выполнением намеченной программы, на основе результатов которого вносятся изменения в стратегию занятий.

Результаты исследований

Были сформированы две группы, экспериментальная и контрольная. В начале эксперимента исходное функциональное состояние групп не имело статистически значимых отличий. Следует отметить, что основным показателем, на который мы ориентировались при формировании групп, являлся сит-тест. Участники экспериментальной группы занимались по разработанной технологии адаптивной двигательной рекреации. Участниками контрольной группы были отдающие, которые вели обычный образ жизни, занимаясь физическими упражнениями по традиционной методике санатория (занятия ЛФК, купание в море, пешеходные прогулки и экскурсии, игровые виды двигательной активности и т. д.).

Таблица 1
Содержание трехнедельного цикла занятий адаптивной физической культурой во время пребывания на курорте

Дни пребывания на курорте	Основные средства адаптивной физической культуры, используемые на занятиях
1-2	Определение исходного уровня физической и функциональной подготовленности
3-4	Игра в пляжный волейбол 6х6, 35-40 минут. Терренкур 25-30 минут, локальные силовые упражнения 1 подход, 25-30 с.
5-6	Игра в пляжный волейбол 4х4, 35-40 минут. Терренкур 30-35 минут, локальные силовые упражнения 1 подход, 30-35 с.
7	Терренкур, прогулки, отдых, эксCURSIONS
8-9	Игра в пляжный волейбол 6х6, 35-40 минут. Терренкур 25-30 минут, локальные силовые упражнения 2 подхода, 25-30 с.
10-11	Игра в пляжный волейбол 4х4, 35-40 минут. Терренкур 30-35 минут, локальные силовые упражнения 2 подхода, 30-35 с.
12-13	Игра в пляжный волейбол 4х4, 45-50 минут. Терренкур 35-40 минут, локальные силовые упражнения 2 подхода, 30-35 с.
14	Терренкур, прогулки, отдых, эксCURSIONS
15-16	Игра в пляжный волейбол 2х2, 45-50 минут. Терренкур 40-45 минут, локальные силовые упражнения 2 подхода, 30-35 с.
17-18	Игра в пляжный волейбол 3х3, 45-50 минут. Терренкур 45-50 минут, локальные силовые упражнения 2 подхода, 30-35 с.
19	Терренкур, прогулки, отдых, эксCURSIONS
20-21	Определение итогового уровня физической и функциональной подготовленности

В таблицах 2 и 3 представлена динамика уровня физической и функциональной подготовленности мужчин зрелого возраста, принимавших участие в экспериментальных исследованиях. Достоверная ($p<0,05$) положительная динамика результатов

всех тестов в экспериментальной группе мужчин зрелого возраста (табл. 2) свидетельствует о достижении поставленной перед ними цели.

Позитивные изменения всех индексов (Иппб, Изпб, Имж, Имс), характеризующих функциональное со-

Таблица 2
Динамика уровня физической и функциональной подготовленности мужчин экспериментальной группы

Тесты	Исходное тестирование	Итоговое тестирование	Достоверность различий*
Индекс функционального состояния мышц передней поверхности бедра (Иппб), усл. ед.	7,36±0,14	7,02±0,11	p<0,05
Индекс функционального состояния мышц задней поверхности бедра (Изпб), усл. ед.	8,24±0,13	7,82±0,10	p<0,05
Индекс функционального состояния мышц живота (Имж), усл. ед.	7,35±0,13	7,03±0,13	p<0,05
Индекс функционального состояния мышц спины (Имс), усл. ед.	8,28±0,13	7,81±0,14	p<0,05
Сит-тест, усл. ед.	12,49±0,16	11,1±0,12	p<0,05
Весо-ростовой индекс Кетле (кг/м ²)	29,9±2,2	27,1±2,1	p<0,05

*сравнение показателей на основе непараметрического Z-критерия знаков [1]

Таблица 3
Динамика уровня физической и функциональной подготовленности мужчин контрольной группы

Тесты	Исходное тестирование	Итоговое тестирование	Достоверность различий*
Индекс функционального состояния мышц передней поверхности бедра (Иппб), усл. ед.	7,34±0,15	7,09±0,13	p<0,05
Индекс функционального состояния мышц задней поверхности бедра (Изпб), усл. ед.	8,22±0,14	8,13±0,13	p>0,05
Индекс функционального состояния мышц живота (Имж), усл. ед.	7,33±0,13	7,29±0,12	p>0,05
Индекс функционального состояния мышц спины (Имс), усл. ед.	8,23±0,13	8,18±0,13	p>0,05
Сит-тест, усл. ед.	12,44±0,16	12,33±0,11	p<0,05
Весо-ростовой индекс Кетле (кг/м ²)	29,80±2,20	28,10±2,10	p<0,05

*сравнение показателей на основе непараметрического Z-критерия знаков [1]

стояние основных мышечных групп, и результатов сит-теста вызвано, по-видимому, дополнительным выполнением локальных силовых упражнений, выполняемых в статодинамическом режиме, которые были рекомендованы в зависимости от индивидуального уровня подготовленности, а также рациональным использованием игры в пляжный волейбол с разным количеством игроков на площадке. Подробное описание расчета Иппб, Изпб, Имж, Имс и величины улучшения результатов тестов (W) приведено в работе И. Н. Ярыш [5]. Избыточная масса тела в исходном состоянии (оценка по значениям весо-ростового индекса Кетле) свидетельствует о необходимости занятий адаптивной физической культурой, так как существует умеренно повышенный риск возникновения сопутствующих заболеваний. За время эксперимента значения весо-ростового индекса Кетле достоверно уменьшились и находятся у нижней границы оценки «избыточная масса тела» по Э. Г. Мартиросову с соавт., [3]. По-видимому, это позитивное воздействие занятий пляжным волейболом по предложенной методике.

За время основного педагогического эксперимента динамика уровня физической и функциональной подготовленности мужчин зрелого возраста контрольной группы (табл. 3) характеризуется достоверным ($p<0,05$) улучшением результатов сит-теста и индекса, характеризующего функциональное состояние мышц передней поверхности бедра и весо-ростового индекса Кетле. По-видимому, это связано с тем, что двигательная активность мужчин зрелого возраста, участников контрольной группы, превышала привычную, повседневную деятельность. Направленность нагрузки (плавание, прогулки по горной местности, эпизодические занятия физической культурой и т. п.) оказала выраженное воздействие на изменение результатов сит-теста и индекса, характеризующего функциональное состояние мышц передней поверхности бедра. Динамика результатов тестов, характеризующих функциональное состояние основных мышечных групп, у мужчин контрольной группы имеет тенден-

цию к улучшению, однако, это улучшение статистически не достоверно ($p>0,05$), что свидетельствует о необходимости дополнительных занятий, способствующих восстановлению функциональных возможностей этих мышечных групп.

Величина улучшения результатов тестов за время эксперимента характеризует эффективность занятий в контрольной и экспериментальной группах. У мужчин экспериментальной группы значительно превосходит аналогичные показатели мужчин контрольной группы по всем исследуемым параметрам (рис.). Наибольшее улучшение результатов (W) у мужчин экспериментальной группы отмечается в сит-тесте.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о несомненном положительном влиянии предлагаемой технологии адаптивной двигательной рекреации в санаторно-курортных условиях.

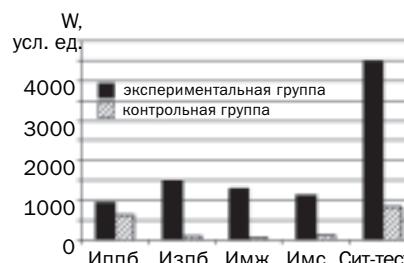


Рис. Величина улучшения результатов тестов в контрольной и экспериментальной группах за время педагогического эксперимента.

Заключение

Повышение эффективности оздоровительно-рекреативных занятий адаптивной физической культурой в санаторно-курортных условиях – одна из актуальных задач, стоящих перед спортивной наукой в настоящее время. Появление новых видов спорта, таких как пляжный волейбол, пляжный футбол, пляжный гандбол и др., обусловливает необходимость изучения их влияния на организм человека. Эффективность применения предлагаемой технологии адаптивной двигательной рекреации проверена экспериментально, и тем самым подтверждена гипотеза исследования. Методика применения пляжного волейбола и терренкура в сочетании с выполнением локальных силовых упражнений существенно по-

вышает эффективность процесса занятий адаптивной физической культурой в условиях отдыха.

Использование методического приема с изменением числа игроков на площадке, в зависимости от уровня физической и функциональной подготовленности, позволило создать пороговую величину нагрузки при игре в пляжный волейбол. Результаты исследования показывают, что увеличение (в начале отдыха) количества игроков на площадке для пляжного волейбола оптимизировало величину нагрузки. Последовательное уменьшение числа игроков на площадке привело к повышению интенсивности нагрузки, усложнению выполнения двигательных заданий.

Акцентированное внимание, которое мы уделяли в ходе педагогического эксперимента, «отстающим» мышечным группам, выразившееся в выполнении локальных силовых упражнений (два подхода), характеризуется достоверными положительными изменениями результатов тестов в экспериментальной группе. Это свидетельствует о возможности коррекции, восстановления, отстающих сторон подготовленности за время отпуска. Таким образом, положительные результаты экспериментальных исследований дают основание для внедрения предлагаемой технологии адаптивной двигательной рекреации в практику работы санаториев, пансионатов, баз отдыха и т. д.

Литература

1. Лакин Г. Ф. Биометрия: учеб. пособие для биол. спец. вузов / Г. Ф. Лакин. – М.: Высшая школа, 1990. – 352 с.
2. Теория и организация адаптивной физической культуры / Под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – Т. 1. – 296 с.
3. Мартиросов Э. Г. Технологии и методы определения состава тела человека / Э. Г. Мартиросов, Д. В. Николаев, С. Г. Руднев. – М.: Наука, 2006. – 248 с.
4. Селуянов В. Н. Биологические основы оздоровительного туризма / В. Н. Селуянов, А. А. Федякин. – М.: СпортАкадемПресс, 2000. – 123 с.
5. Ярыш И. Н. Методика оздоровительно-рекреативных занятий пляжным волейболом с мужчинами зрелого возраста в санаторно-курортных условиях: дис. канд. пед. наук / И. Н. Ярыш. – Майкоп, 2009. – 132 с.

Формирование игровой деятельности у детей младшего школьного возраста со сложными нарушениями в развитии

Ростомашвили Л. Н., кандидат педагогических наук, доцент

Институт специальной педагогики и психологии, Санкт-Петербург

Ключевые слова: дети со сложными нарушениями развития, игровая деятельность, методические ошибки, требования к организации игры.

Аннотация. В статье раскрываются некоторые особенности психофизического развития детей со сложными нарушениями, в том числе и особенности их игровой деятельности, педагогические аспекты игровой деятельности. Приводятся методические рекомендации по организации игровой деятельности детей рассматриваемой категории.

Контакт: rostom-1950@mail.ru

Formation of gaming activity in primary school children with complex developmental disorders

Rostomashvili LN., PhD, Assistant Professor

Institute of Special pedagogy and psychology, St. Petersburg

Keywords: children with complex disabilities, play activity, methodological errors, the requirements for the organization of the game.

Abstract. This article describes some of the special needs of children with complex disabilities, including and especially their gaming activities and pedagogical aspects of the gaming activity. Provides guidelines in play activities of children of this category.

Множественные отклонения в состоянии здоровья детей со сложными нарушениями развития отрицательно сказываются не только на психофизическом состоянии, но и на формировании у них навыков игровой деятельности. Дети проявляют крайне слабый интерес к окружающему, долго не тянутся к игрушкам, не приближают их к себе и не пытаются ими манипулировать. Они лишены ориентировки на физические свойства предметов. И. А. Соколянский [1] акцентирует внимание на том, что глухие дети с глубокими нарушениями зрения никогда сами не научатся игровым действиям, т. е. формирование ролевой игры у слепоглухих на первоначальном этапе обучения невозможно. А, как известно, игра – это универсальное средство развития двигательных способностей ребенка. Подвижные игры обеспечивают самую большую двигательную активность детей, целостное функционирование сенсорной системы, дыхания, нервно-мышечной системы, что свидетельствует о комплексном воздействии на ребенка. Л. С. Выготский [2] отмечал, что под влиянием игры, в процессе которой реальные предметы замещаются игрушками, а реальные действия – игровыми, у ребенка развивается способность воспроизводить те или иные стороны действительности с помощью раз-

личных способов ее обозначения (наглядных символов, изображений, слов, жестов и т. д.). Игра имеет огромное значение для развития личности ребенка, она ему нужна не только для физического, но и для социально-психического созревания. Но если при нормальном развитии, малыш, учась у взрослого действовать с предметом, начинает выделять взрослого как объект для подражания, то ребенок со сложными нарушениями развития зачастую лишен возможности действовать по подражанию образцу. Именно в ходе игры создаются оптимальные условия для усвоения ребенком общественного опыта.

Зачаткам подражания слепоглухих детей посвящены работы [3, 4, 5]. Их методики основаны на овладении ребенком жестовой формы общения. Сначала с предметом действует учитель, а ребенку предоставляется возможность следить за его действиями, при этом каждый предмет или действие соотносят с реальными предметами (действиями). Далее действия выполняются совместно с учителем. На следующем этапе обучения реальные действия слепоглухого ребенка сопровождаются аналогичными действиями с куклой.

Согласно Мастюковой Е. М. и Москвкиной А. Г. [3], дети со сложными нарушениями развития длительное

время не проявляют интереса к игре. Поэтому играть вначале надо вместе с ребенком, проигрывая с ним определенные жизненные ситуации, которые ему уже хорошо знакомы. При этом взрослый воспитывает у ребенка интерес к играм (игрушкам), играя вместе с ним, заинтересовывает его в контакте.

Учитывая все выше описанное, а также тот факт, что игра имеет широкий диапазон воздействия на организм и личность ребенка в методике адаптивного физического воспитания детей рассматриваемой категории подвижная игра занимает значительное место. К тому же целенаправленно подобранные коррекционно-развивающие игры являются эффективным средством формирования социально-бытовых умений и навыков. Так, например, Т. А. Басилова [1] в своих исследованиях с целью изучения предпосылок игровой деятельности у слепоглухих детей вне ситуации специального обучения выявила почти полное отсутствие свободного поведения слепоглухого ребенка. Однако вскоре после начала специального систематического обучения стали возникать ситуации, когда, случайно натолкнувшись на определенный предмет, ребенок начинал воспроизводить с ним соответствующие действия. Автор заключает, что дети с бисенсорными нарушениями, подобно нормально видящим и нормально слышащим, осваивают навыки самообслуживания, научаются реальным действиям с предметами и воспроизводят их в свободном, спонтанном поведении.

В ряде исследований [1, 4, 5, 6, 8 и др.] авторами сделаны выводы о том, что реализация резервных возможностей организма ребенка с ограниченными возможностями здоровья может быть эффективной только при рациональном двигательном режиме.

В работе с детьми со сложными нарушениями развития нередко допускаются следующие **методические ошибки, наиболее часто встречающиеся при организации и проведении подвижных игр:**

1. Отсутствие у педагога сформированных навыков взаимодействия с ребенком со сложным нарушением в развитии. Отсутствие учета возра-

ста, физического и умственного развития детей, особенностей состояния сохранных функций занимающихся, предыдущего двигательного опыта, интересов, пожеланий самих детей.

2. Игнорируется принцип индивидуального и дифференцированного подхода к решению образовательных задач каждого конкретного ребенка

3. Неверное регулирование физической нагрузки, когда учитывается только физическая сторона нагрузки, а степень эмоциональной насыщенности игры не рассматривается. В то время как для ослабленных детей в некоторых случаях большая эмоциональная нагрузка в сочетании с физической может оказаться чрезмерной и превысить физиологические возможности ребенка.

4. Неадекватный подбор подвижных игр, вспомогательных, технических средств обучения. Кроме того, недооценивается постепенность усложнения игр, их интенсивность и продолжительность, правильная расстановка детей в игре. Например, утомившимся или более слабым игрокам не рекомендуется давать в игре активные роли, лучше им предложить роль судьи, помощника, болельщика.

5. Использование в игре неисправного спортивного и игрового инвентаря.

6. Резкая смена деятельности (прекращение игры) во время интересной, динамичной игры может оказать отрицательное влияние на функциональное состояние занимающихся.

7. Не используются в процессе игры различные ориентиры (звуковые, световые, вибрационные, тактильные, обонятельные и пр.), стимульный материал.

8. Игнорируется участие педагога в игре. Недостаточное обеспечение страховки, соблюдения мер безопасности и предупреждения травматизма, оказания помощи (словесной, физической).

9. Не всегда обращается внимание на нарушение правил игры, на тактичное отношение между соперниками.

10. Не соблюдаются принцип чередования игр средней и низкой интенсивности. В то время как игры вы-

сокой интенсивности, требуют длительного сосредоточения внимания или нагрузки на одни и те же группы мышц.

11. Недооцениваются успехи, положительные достижения (групповые, индивидуальные) детей.

12. Педагог не владеет игровым материалом, не проявляет креативности в подборе и проведении подвижных игр.

Это далеко не полный перечень методических ошибок, которые имеют место в образовательном процессе. Все перечисленные ошибки могут не только снизить успешность проведения игры, интерес детей к двигательной активности, но и привести к переутомлению и травмам занимающихся.

Организация игровой деятельности детей со сложными нарушениями в развитии требует от педагога знаний об особенностях психофизического развития всех участников игры, индивидуальных интересах и возможностях каждого из них.

Спектр предлагаемых коррекционно-развивающих игр и игровых заданий достаточно разнообразный: игры с предметами, без предметов, дидактические, пальчиковые, конструктивные, игры в воде и с водой, с песком и пр. По направленности воздействия – это игры, направленные на развитие координационных способностей, зрительно-моторной координации, формирование жизненно необходимых двигательных умений, на формирование навыка пространственной ориентировки, на развитие сохранных анализаторов, мелкой моторики рук, на развитие различных психических процессов. Следует отметить, что во всех случаях игра – важнейший фактор развития и организации жизни ребенка. В работе с данной категорией детей наиболее приемлемым является упрощенный вариант обучения игре, который протекает следующим образом: ребенку дается инструкция, что он должен сделать, затем игровое задание выполняется вместе с ребенком, после чего ему предлагаются выполнить его самостоятельно. При необходимости оказывается физическая помощь или сопровождение. На конец, ребенку нужно дать понять,

что он справился с заданием самостоятельно. Большое значение имеют одобрение, похвала, которые стимулируют деятельность ребенка, однако он должен хорошо представлять себе, за что его хвалят.

Важный момент в обучении игре детей рассматриваемой категории является усвоение ими логики развития игрового сюжета, состоящей в том, что одно действие является подготовительным по отношению к другому. Для этого целесообразно использовать два вида работы. Во-первых, наблюдение и установление последовательности бытовых действий в повседневной жизни, в процессе режимных моментов. Во-вторых, выполнение детьми таких игровых действий, которые требуют от них предварительной подготовки.

Например, под руководством педагога ребенок перечисляет все игровые действия, которые нужны для подготовки к метанию, а затем переходит к их осуществлению. Применение указанных методических приемов позволяет научить детей с сочетанными нарушениями правильно соединять отдельные игровые действия в логически связанный цепочку. Полезно вовлечение ребенка в коллективную игру. Эффективное воздействие на коллективную игру оказывает включение в нее педагога и руководство им игрой. Он направляет игру в нужное русло, подсказывает ход событий, помогает развить сюжет. Например, передача мяча из рук в руки, перекатывание озученного мяча по полу, подбрасывание с последующей ловлей, броски в озученную мишень и пр. Весьма эффективны для организации коллектива сюжетно-ролевые игры, однако не все дети способны к такому виду игровой деятельности. Тем не менее, некоторые из них охотно играют в игры, персонажами которых являются животные, известные им по сказкам, например «Лиса и куры», «Волк и козлята», «У медведя во бору», «Кошки-мышки», «Колобок» и др.

В процессе проведения игры нужно предоставить детям возможность попробовать себя в различных ролях, побуждая их максимально действовать в условиях воображаемой ситуации. Успешному проведению игр

способствует использование яркого, интересного инвентаря. Это помогает детям понять сюжет, войти в роль, вспомнить забытые слова или действия. Особенно полезны озвученные игрушки, а также игрушки с хорошо воспринимаемой на ощупь фактурой.

Коррекционные подвижные игры, используемые в адаптивном физическом воспитании детей со сложными нарушениями развития, должны активно воздействовать не только на физическое, сенсомоторное совершенствование, но и на развитие речевой деятельности, эмоций, мышления, памяти и других процессов. Учитывая интерес этих детей (особенно гипервозбудимых, с синдромом Дауна, Ретта, гидроцефалией, ЗПР и пр.) к музыке, следует проводить музыкально-ритмические занятия с элементами игры, направленные на нормализацию эмоциональной сферы, на развитие подражательных голосовых реакций, речи ребенка.

Исследования J. P. M. Van Dijk, R. Carlin, M. Janssen [8] показывают, что способность к самостоятельной игре у некоторых детей с резидуальным нарушением зрения и слуха может увеличиться на 82% за счет использования в игровой деятельности предметов различной цветовой гаммы. Согласно этим утверждениям, ребенка с резидуальными нарушениями в первую очередь необходимо научить простейшим навыкам предметных действий с различными бытовыми предметами, а далее можно приступать к формированию у них образов предметов, обращая внимание на форму, объем, цвет и прочие свойства предмета. В этом помогут пирамидки, различные мячи, флаги и другой спортивный инвентарь. Если у ребенка отсутствует функция цветоразличения, детали можно покрыть различными по фактуре материалами, ранее изученными ребенком. Таким образом, цвет будет различаться слепоглухим ребенком с помощью тактильно-двигательных ощущений. Информативным для специалиста АФК будет и тот факт, что дети, лишенные зрения и слуха, способны различать идентичные по размеру, но разные по фактуре мячи: резиновый, кожаный, теннисный, пластмассовый, поролоновый,

игольчатый и пр., но для этого нужно специально организованное обучение.

Успешное участие детей со сложными нарушениями развития в играх может потребовать изменения как правил игры, условий овладения двигательным действием, так и правил для игроков. Ниже приводятся некоторые примеры приспособления (адаптации) этих правил.

Например:

- учащемуся со сложными нарушениями развития разрешается ведение баскетбольного мяча двумя руками;

- при броске мяча в корзину, в случае его попадания слабослышащий получает 2 очка, а слабовидящий – 3 очка;

- при овладении броском и ловлей мяча незрячими и слепоглухими используется стимульный материал – озвученный мяч (например, игра в голбол), мяч с веревочкой, с запахом ванилина, лимона и пр.;

- при метании мяча ребенком с бисенсорными нарушениями (зрения и слуха) используется озвученная цель (щит) яркой цветовой гаммы;

- для привлечения внимания неслышащих детей во время игры (занятий) можно использовать следующие приемы:

- a) выключить, а затем вновь включить свет,

- b) использование наглядности – например, разметка различной цветовой гаммы на полу, схемы, плакаты,

- c) использование вибрационного сигнала, различных жестов, тактильной речи и пр.;

- при пролезании через тоннель в конце его устанавливают: для незрячих – озвученный сигнал или осязательный ориентир, а для слабослышащих – световой или вибрационный сигнал, для детей с бисенсорными нарушениями (зрения и слуха) – совокупность перечисленных ориентиров.

Далее приводятся некоторые модификации правил применительно к игрокам:

- при объединении игроков (незрячих, неслышащих, с нарушением функций опорно-двигательного аппарата) в команды предусматривается изменение количества игроков и т. д.;

- учащийся с проблемами опорно-двигательного аппарата играет только в позиции защитника в футболе;

- зрячий сопровождает незрячего бегуна в соревнованиях по бегу, по лыжным гонкам, в эстафетах;

- во время подвижной игры или эстафеты два незрячих игрока касаются друг друга плечами или спинами и т. д.;

- при плавании, чтобы пловец не ударился о бортик бассейна, тренером используется длинная палка, на конце которой прикреплен мяч. Когда незрячий пловец приближается к бортику, тренер касается мячом головы пловца – это означает (условно), что до бортика осталось четыре гребка.

При организации игровой деятельности для большинства учащихся со сложными нарушениями развития необходимы модификации оборудования и приспособлений, которые ранее делали невозможным участие ребенка в игре.

Ниже приведен перечень некоторых изменений оборудования и приспособлений, необходимых для организации двигательной активности учащихся рассматриваемой категории:

- мячи, доступные для осязательного распознавания: гладкие, шероховатые, с пупырышками, игольчатые, мягкие, жесткие, легкие, тяжелые;

- ароматизированные мячи, ленточки и другие предметы, доступные для обонятельного распознавания;

- мячи и другие предметы спортивного инвентаря, доступные для звуковой дифференцировки;

- предметы спортивного инвентаря, доступные для зрительного различия;

- использование каната, веревки на земле, различных указателей (стрелки, указывающие направление движения, схемы, плакаты), матов в зале для обозначения границ в играх, где необходимо четко указать поле игры;

- использование звонков, бубна, свистков, голоса учителя, хлопков в ладоши и т. п. в качестве указателей (каждая команда использует различные звуковые сигналы); использование озвученного мяча в качестве маячка или цели при игре в мяч;

– использование укороченной клюшки (вместо стандартной) для учащегося, передвигающегося в инвалидной коляске, при участии его в эстафете «Забей шайбу в ворота», хоккей на полу и других играх;

– в играх с мячом учащиеся, передвигающиеся на костылях, используют укороченные клюшки в том числе и в качестве биты и т. п.;

– использование специального тренажера для развития мелкой моторики рук;

– использование сухого бассейна, где дети могут расслабиться, развить мелкую моторику, манипулируя мячами, а также развить цветовосприятие, распознавая мячи разных цветов, расширить словарный запас и пр.

Требования к подбору, организации и проведению подвижных игр с детьми со сложными нарушениями развития:

- доступность подвижных игр;
- использование для детей со сложными нарушениями развития адекватных игровых средств, доступных как зрительному, так и тактильно-двигательному, слуховому восприятию;

– обеспечение безопасности, страховки (участие педагога в игре, постепенное уменьшение помощи педагога, исключение помощи педагога);

– использование различных ориентиров во время игры;

– наличие у ребенка навыков пространственной ориентировки и адекватных способов восприятия;

– единые способы общения с участниками игры;

– модификация правил игры и используемых игровых средств, приспособлений и пр.;

– предоставление детям возможности попробовать себя в различных ролях, побуждая их максимально действовать в условиях воображаемой ситуации.

Таким образом, использование многообразия средств, специфических методов и методических приемов в организации игровой деятельности способствует как моторному, так и психическому развитию детей со сложными нарушениями развития, формированию у них жизненно необходимых двигательных умений, помогает им адаптироваться к условиям окружающей среды.

Литература

1. Басилова Т. А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей / Т. А. Басилова, Н. А. Александрова. – М.: Просвещение, 2008. – 111 с.

2. Выготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб.: Изд-во «Лань», 2003. – 656 с. – (Учебники для вузов. Специальная литература).

3. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В. И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 408 с.

4. Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения / А. И. Мещеряков. – М.: «Педагогика», 1974. – 328 с.

5. Пашенцева Л. В. Подготовка ребенка со сложным сенсорным нарушением к овладению словесным языком / Л. В. Пашенцева. // Коррекционная педагогика. Теория и практика, 2008, №4 (28). – С. 67-75.

6. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Н. М. Назаровой. – Т. 3: Педагогические системы специального образования / Н. М. Назарова, Л. В. Андреева и др. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 400 с.

7. Соколянский И. А. Обучение слепоглухонемых детей / И. А. Соколянский. – // Дефектология. – 1989, №2. – С. 71 – 75.

8. Van Dijk J. Stereotyped behavior in rubella-deaf and deaf-blind people / J. P. M. Van Dijk, R. Carlin, M. Janssen // Deaf-blind education. 1989. 3. P. 8-10.

и формах социальной жизни, включая занятия адаптивной физической культурой и спортом наравне и вместе с остальными членами общества в условиях, благоприятных для его развития [1].

Первые лица нашего государства, Президент России В. В. Путин и Председатель правительства Российской Федерации Д. А. Медведев, на протяжении последних лет неоднократно заявляли, что «...наша задача – создать полноценные комфортные условия для жизни инвалидов, создать такую развитую систему реабилитации, чтобы граждане с ограниченными возможностями могли быть включены в полноценную жизнь» [5] и «...проведение соревнований для лиц с инвалидностью – важная и вос требованная инициатива. Она наглядно подтверждает, что физическая культура и спорт помогают раскрыть свои способности, укрепить дух и уверенность в своих силах» [2].

Современный подход к социальной интеграции предполагает подготовку лиц с ограниченными возможностями здоровья к вхождению в общество, а также подготовку самого общества к принятию таких людей. Реализация этой идеи должна включать формирование соответствующих правовых оснований, регламентирующих процесс создания благоприятных условий для интеграции, в том

Критерии эффективности функционирования системы адаптивного спорта в Российской Федерации

Махов А. С., кандидат педагогических наук, доцент, член Паралимпийского комитета России.

Шуйский государственный педагогический университет.

Степанова О. Н., доктор педагогических наук, профессор. Московский педагогический государственный университет.

Ключевые слова: лица с инвалидностью, адаптивный спорт, критерии эффективности.

Аннотация. В статье представлены критерии эффективности функционирования системы российского адаптивного спорта, полученные по результатам экспериментально-теоретических исследований.

Контакт: alexm-77@list.ru

Performance criteria adaptive sports in the Russian Federation

Makhov A. S., PhD, Assistant Professor, member of the Paralympic Committee of Russia. Shuya State Pedagogical University

Dr. Stepanova O. N., Professor. Moscow State Pedagogical University

Keywords: people with disabilities, adaptive sports, performance criteria.

Abstract. The paper presents the performance criteria of the Russian adaptive sports from studies of experimental and theoretical studies.

Как показывает многолетний практический зарубежный и отечественный опыт, физические упражнения и спорт для лиц с инвалидностью являются действенным средством их физической, психической и социальной реабилитации. Адаптивная двигательная рекреация воз-

вращает людям с ограниченными возможностями уверенность в себе, самовнешение. Интеграция в общество человека с ограниченными возможностями сегодня означает процесс и результат предоставления ему прав и реальных возможностей участвовать во всех видах

числе и в систему физической культуры и спорта, формирование положительно-отношения здоровых членов общества к таким людям [7].

Проблема развития адаптивного спорта в России актуальна, однако по этому вопросу отсутствует общая методологическая основа, накоплен лишь ограниченный и во многом разрозненный опыт применения средств и методов физической культуры, адаптированных к работе с той или иной нозологической группой занимающихся [6]. Во многих регионах страны не развита сеть физкультурно-спортивных клубов, детско-юношеских спортивных школ и отделений для инвалидов в учреждениях дополнительного образования физкультурно-спортивной направленности.

Российское государство многое сделало и делает для развития спорта инвалидов, но всё ещё существуют проблемы, мешающие поступательному движению в этой сфере. Это, прежде всего, организационные проблемы профессионального и массового адаптивного спорта; финансовые проблемы, связанные с отсутствием необходимой системы внебюджетного финансирования; отсутствие должного информационного освещения спорта инвалидов.

Решение данных проблем – назревшая необходимость. Без этого невозможно дальнейшее позитивное развитие адаптивного спорта, освоение новых, в том числе паралимпийских видов двигательной активности и спорта, эффективное моральное и материальное стимулирование спортсменов-инвалидов, решение их социальных и медицинских вопросов, привлечение молодежи с ограниченными возможностями здоровья к занятиям спортом.

Остро стоит и проблема отсутствия квалифицированных кадров. Среди учителей физкультуры специальных школ для инвалидов и школ-интернатов только 8% имеют высшее физкультурное образование, несмотря на то, что в 1997 году были утверждены квалификационные требования специальности «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» и государственный образовательный стандарт по этой специальности. Но он не может быть полноценно реализован, поскольку даже на существующих факультетах в ряде вузов отмечается недобор абитуриентов. Кроме того, данная образовательная программа входит в укрупнённую группу направлений подготовки гуманитарного профиля, на который в большинстве вузов РФ Министерством образования и науки РФ сокращаются контрольные цифры приёма. Многие абитуриенты не желают обучаться по программам адаптивной физической культуры и физической реабилитации в силу отсутствия перспектив дальнего труда-устройства [3, 4].

Результаты собственных исследований позволили нам определить основные

критерии эффективности функционирования системы адаптивного спорта в Российской Федерации, в их числе:

1. Увеличение численности занимающихся различными видами адаптивного спорта.

2. Усиление взаимодействия всех ветвей власти Федерального и регионального уровней как в плане совершенствования нормативно-правовой базы адаптивного спорта, так и с целью реализации программ и проектов, направленных на развитие адаптивного спорта.

3. Увеличение количества физкультурно-спортивных организаций для лиц с инвалидностью различных нозологических групп.

4. Стабилизация состава лиц с инвалидностью, охваченных спортивными организациями, регулярность посещения ими физкультурно-спортивных занятий, минимизация потерь занимающихся.

5. Повышение уровня психологического комфорта, мотивации и удовлетворенности лиц с инвалидностью занятиями, избранными видами адаптивного спорта, на вербальном и реальном уровнях.

6. Усиление позитивного отношения лиц с инвалидностью к занятиям физическими упражнениями и спортом, направленного на ведение здорового образа жизни, участие в физкультурно-спортивных мероприятиях.

7. Повышение уровня сформированности физической культуры личности лиц с инвалидностью.

8. Улучшение состояния здоровья, физической подготовленности и физического развития лиц с инвалидностью.

9. Положительная динамика роста удовлетворенности педагогического коллектива физкультурно-спортивной организации для лиц с инвалидностью и организаторов спортивных соревнований характером и результатами своей работы.

10. Рост банка информации о ходе исследовательских и инновационных процессов в сфере развития адаптивного спорта, увеличение количества реализованных инициатив, продуктов совместной творческой деятельности педагогов и занимающихся, расширение фонда научных и методических разработок, увеличение публикационной активности в виде монографий, научных статей, тезисов, учебных и учебно-методических пособий, защита диссертаций по проблемам развития адаптивного спорта и внедрение в практику деятельности физкультурно-спортивных организаций для лиц с инвалидностью, а также образовательных учреждений, осуществляющих подготовку кадров для адаптивного спорта, результатов исследований.

11. Повышение материально-технической оснащенности физкультурно-спортивных организаций до уровня, пригодного к использованию лицами с инвалидностью, ввод новых специализированных спортивных сооружений, оборудования и инвентаря для инвалидов.

12. Рост уровня включенности всех участников педагогического процесса в развитие адаптивного спорта (проведение научных исследований, организация и проведение спортивных мероприятий, повышение квалификации).

13. Положительная динамика уровня жизни персонала физкультурно-спортивных организаций для лиц с инвалидностью, рост удовлетворенности условиями и характером работы.

14. Усиление работы государственных органов власти по кадровой обеспеченности системы адаптивного спорта: создание долгосрочных программ по содействию труду-устройству молодых специалистов по адаптивной физической культуре и спорту, создание ставок по адаптивному спорту в спортивных организациях для лиц с инвалидностью, организация и проведение курсов повышения квалификации и переподготовки кадров, работающих в системе адаптивного спорта.

15. Расширение программы соревнований для лиц с инвалидностью за счёт развития новых видов адаптивного спорта. Формирование календаря соревнований в регионах с учётом проведения общероссийских мероприятий.

16. Усиление пропаганды адаптивного спорта в средствах массовой информации, достижений спортсменов-инвалидов в соревнованиях различного уровня.

17. Увеличение количества волонтёров системы адаптивного спорта и усиление работы по их подготовке в рамках спортивных соревнований для лиц с инвалидностью.

Литература

- Евсеев С. П., Шапкова Л. В. Адаптивная физическая культура: Учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2000. – 240 с.
- Кубок Президента РФ по футболу среди инвалидов. [Электронный ресурс]. <http://www.rosinvalid.ru> (дата обращения: 21.07.2011).
- Махов А. С. Адаптивный спорт в России и за рубежом: становление, организация, регулирование / А. С. Махов – Монография: – М.: РУДН, 2011. – 196 с.: ил.
- Махов А. С., Тимофеева И. В. Проблемы подготовки специалистов и бакалавров по адаптивной физической культуре в современных условиях / А. С. Махов, И. В. Тимофеева // Журнал «Физическая культура: воспитание, образование, тренировка». – 2011. – № 1 – С. 29-31.
- Первая международная выставка «Reha Moscow International» [Электронный ресурс]. <http://disability.ru> (дата обращения: 27.05.2011).
- Селезнев Л. Н. Физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов (детей и молодёжи) и лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта: Доклад на круглом столе Общественной палаты РФ (25 мая 2010 года). – М., 2010. – 8 с.
- Хода Л. Д. Методология социальной интеграции неслышащих людей в различных видах адаптивной физической культуры: автореф. дисс.... д-ра пед. наук / Л. Д. Хода – СПб.: СПбГУФК, 2008. – 40 с.

Экспресс-оценка психофизиологического состояния спортсменов-паралимпийцев в период подготовки и участия в ответственных соревнованиях

Дроздовский А. К., кандидат психологических наук; Коротков К. Г., доктор технических наук, профессор, ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры».

Громова И. А., старший тренер, Паралимпийская команда России по лыжам и биатлону, Москва.

Ключевые слова: паралимпийский спорт, лыжи, биатлон, психофизиологическое состояние, кожно-гальваническая реакция, метод газоразрядной визуализации.

Аннотация. С использованием методов оценки кожно-гальванической реакции и газоразрядной визуализации проведено обследование спортсменов паралимпийской сборной России по лыжным гонкам и биатлону с поражением опорно-двигательного аппарата. Показано, что предложенные подходы позволяют с достаточной точностью проводить экспресс-оценку параметров психофизиологического состояния спортсменов на всех этапах подготовки и участия в ответственных соревнованиях.

Контакт: drozd53@bk.ru, korotkov2000@gmail.com

Express-Evaluation of the Psycho-Physiological Condition of Paralympic Athletes during Training and Participation in the International Competitions

Drozdovski A. K., PhD; Dr. Korotkov K. G., Professor, Federal State Budget institution "Saint-Petersburg Scientific-Research Institute of Physical Culture"

Gromova I. A., Head coach, the Russian Paralympic Team in skiing and biathlon, Moscow.

Keywords: paralympic sports, skiing, biathlon, psychophysiological condition, skin-galvanic response, gas discharge visualization method.

Abstract. Using methods of skin-galvanic response and Gas Discharge Visualization athletes of Russian ski and biathlon Paralympic team with damage of musculoskeletal system have been tested during training and participation in the International competitions. Developed approach allows performing express-analysis of athletes' psycho-physiological condition at all stages of preparation and competition.

Введение

Проблема оценки психофизиологического состояния спортсменов с целью оперативной корректировки тренировочного процесса на всех этапах подготовки и участия в ответственных соревнованиях остается актуальной для любого вида спортивной деятельности [8, 9]. Особое значение данная проблема и ее решение приобретает в спорте высших достижений в период учебно-тренировочных сборов и соревнований, как правило, осуществляемых в полевых условиях [2, 3, 7, 10]. Поэтому соответствующее стационарное оборудование не доступно, а для быстрой оценки психофизиологического состояния спортсменов требуются портативные приборы [1, 4].

Методики

Для оценки психофизиологического состояния спортсменов нами использовались два метода и соответствующие портативные программно-аппаратные комплексы: 1) оценка психоэмоционального напряжения (ПЭН)

6 декабря 2011 г. и в период Кубка мира в Норвегии, с 7 по 18 декабря 2011 г. Обследовались спортсмены паралимпийской сборной России по лыжным гонкам и биатлону с поражением опорно-двигательного аппарата – ПОДА, в количестве 18 человек. Из них: заслуженных мастеров спорта – 4, мастеров спорта международного класса – 3, мастеров спорта – 4, кандидатов в мастера спорта – 5, перворазрядников – 2 чел.

Результаты и их обсуждение

В процессе эксперимента для оценки уровня психоэмоциональной напряженности спортсменов электроды для регистрации КГР фиксировались на подушечках указательного и безымянного пальцев руки. Результаты оценки уровня ПЭН (в условных единицах) в период учебно-тренировочного сбора (УТС), предшествующего соревнованиям и накануне (в период 3-х дней до первого старта) этапа Кубка мира (КМ), отражены на рис. 1.

Метод ГРВ позволяет давать экспресс-оценку ЭП спортсмена и уровня СФ [5, 6]. Измеряемые параметры:

1. Энергетический потенциал – характеризует психофизиологическое состояние спортсмена, вычисляется в процентах от 0 до 100. ЭП на уровне 100% характеризует высокую степень психофизиологической готовности и высокий энергетический резерв.

2. Стressовый фон – характеризует уровень тревожности, стресса. Уровень стресса измеряется в относительных единицах от 0 до 10, где 10 единиц соответствует максимальному уровню стрессового фона.

Критерии для интерпретации результатов исследования по значениям измеряемых параметров приведены в таблице 1.

В процессе исследования динамики показателей ЭП и СФ в период УТС было произведено 204 измерения, накануне и в период соревнований

спортсменов через измерение кожно-гальванической реакции (КГР), с использованием прибора «МИРАЖ-1» (ООО «НПП «МедПАСС», Санкт-Петербург); 2) метод газоразрядной визуализации (ГРВ) для оценки энергетического потенциала (ЭП) и уровня стрессового фона (СФ), прибор «ГРВ Спорт» (ООО «Биотехпрогресс», Санкт-Петербург). Исследование психофизиологического состояния спортсменов проводилось на учебно-тренировочном сборе с 16 ноября по

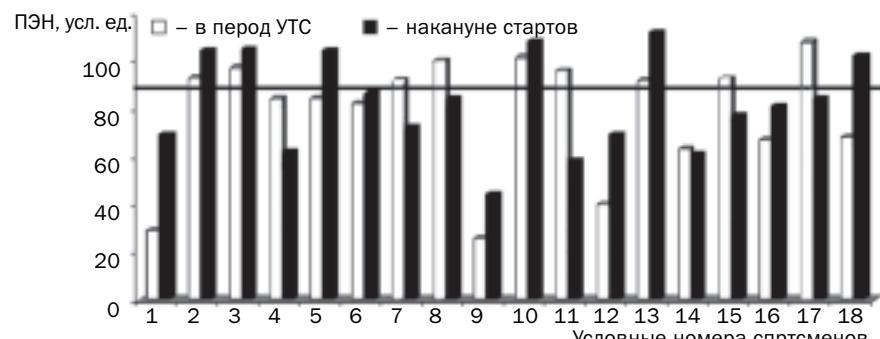


Рис. 1. Результаты оценки уровня ПЭН спортсменов в период УТС и накануне главных стартов.

Таблица 1
Критерии оценки психофизиологического состояния спортсмена в соответствии с показателями энергетического потенциала и стрессового фона

ЭП	СФ	Описание состояния
100%-80%	0-4	Высокая степень психофизиологической готовности.
90%-80%	4-8	Высокая степень физиологической готовности, психоэмоциональное перенапряжение.
80%-60%	0-4	Хорошая степень психофизиологической готовности
80%-60%	4-8	Хорошая степень физиологической готовности, психоэмоциональное перенапряжение.
60%-40%	5-10	Удовлетворительное психофизиологическое состояние. Возможно энергетическое и эмоциональное истощение; риск получения травмы; перетренированность.
40%-0%	5-10	Возможно энергетическое и эмоциональное истощение; состояние стресса; риск получения травмы; перетренированность. Необходимо углубленное обследование.

Таблица 2
Корреляционные связи между психоэмоциональной напряженностью (ПЭН) и энергетическим потенциалом (ЭП)

Параметры психофизиологического состояния	ПЭН на УТС	ПЭН накануне КМ	ЭП на УТС	ЭП накануне КМ	ЭП в период КМ
ПЭН на УТС	X	0,377	0,024	0,307	0,013
ПЭН накануне КМ		X	-0,291	-0,243	-0,366
ЭП на УТС			X	0,674**	0,953***
ЭП накануне КМ				X	0,728**
ЭП в период КМ					X

Примечание. В таблицах 2–5 шрифтом выделены значимые корреляционные связи между показателями, * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$. В биатлонной части программы соревнований участвовало 11 спортсменов команды ПОДА, в лыжной – 15 чел. Общий спортивный результат определялся по сумме мест, занятых спортсменом на соревнованиях.

Таблица 3
Корреляционные связи между психоэмоциональной напряженностью (ПЭН) и уровнем стрессового фона (СФ)

Параметры психофизиологического состояния	ПЭН на УТС	ПЭН накануне КМ	СФ на УТС	СФ накануне КМ	СФ в период КМ
ПЭН на УТС	X	0,377	0,498*	0,064	0,491*
ПЭН накануне КМ		X	0,353	0,054	0,425
СФ на УТС			X	0,541*	0,688**
СФ накануне КМ				X	0,554*
СФ в период КМ					X

Таблица 4
Корреляционные связи между энергетическим потенциалом (ЭП) и уровнем стрессового фона (СФ)

Параметры психофизиологического состояния	СФ на УТС	СФ накануне КМ	СФ в период КМ
ЭП на УТС	-0,343	-0,290	-0,622**
ЭП накануне КМ	-0,204	-0,620**	-0,495*
ЭП в период КМ	-0,273	-0,294	-0,699*

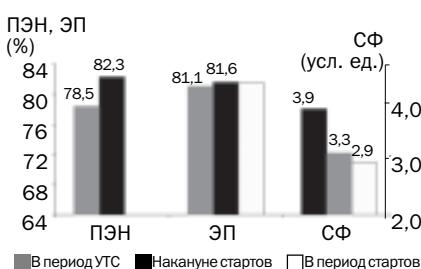


Рис. 2. Усредненные по группе результаты оценки ПЭН, ЭП спортсменов (в %) и уровня СФ (в условных единицах) в период УТС, накануне и в дни соревнований Кубка мира.

ний этапа Кубка мира – 189. Усредненные значения ПЭН, ЭП и уровня СФ в период УТС, накануне и в период стартов Кубка мира, отражены на рис. 2.

Данные рис. 2, отражающие ЭП и СФ у лыжников и биатлонистов в разные периоды подготовки и участия в соревнованиях, свидетельствуют о следующем:

- адекватное реагирование функциональных систем организма спортсменов на тренировочные программы в период УТС;
- высокий уровень психофизиологической готовности команды к стартам Кубка мира;

- высокий уровень индекса ЭП и низкие показатели уровня стресса были сохранены в период соревнований, что свидетельствует об адекватном выборе режима подготовки к соревнованиям.

Следует отметить, что отдельные спортсмены, у которых на том или ином этапе подготовки и участия в соревнованиях показатель ЭП был сниженным, а уровни ПЭН и СФ – выше нормы, получали от специалиста рекомендации по оперативному проведению психической тренировки, направленной на оптимизацию их психофизиологического состояния.

Данные о динамике ПЭН, СФ и ЭП, полученные в ходе исследования, позволяют также рассмотреть вопрос о корреляционных связях между ними, а также связь их с результатами спортсменов на этапе КМ. Выявленные посредством корреляционного анализа связи представлены в таблицах 2 – 4.

Из таблицы 2 следует:

- связи между показателями ПЭН и ЭП в разные периоды подготовки и участия спортсменов в соревнованиях не выражены;

- имеются сильные положительные связи между показателями ЭП на УТС и ЭП накануне Кубка мира ($R=0,674$, $p<0,01$), а также в период стартов Кубка мира ($R=0,953$, $p<0,001$);

- имеется сильная положительная связь между показателями ЭП накануне и в период соревнований ($R=0,728$, $p<0,01$).

Из таблицы 3, следует:

- имеется положительная корреляционная связь между показателями ПЭН и СФ в период УТС ($R=0,498$, $p<0,05$), а также между ПЭН на УТС и СФ в период стартов КМ ($R=0,491$, $p<0,01$);

- имеются сильные положительные связи между показателями СФ на УТС и СФ накануне ($R=0,541$, $p<0,05$), а также в период Кубка мира ($R=0,688$, $p<0,01$);

- имеется положительная связь между показателями СФ накануне и СФ в период соревнований ($R=0,554$, $p<0,05$).

Из данных таблицы 4 следует:

- корреляционная связь между СФ на учебно-тренировочных сборах и ЭП в разные периоды подготовки и участия в соревнованиях не выражена;

- имеется сильная отрицательная корреляционная связь между ЭП в период УТС и уровнем СФ в период стартов КМ ($R=-0,622$, $p<0,01$);

- имеются отрицательные связи между показателями ЭП накануне соревнований и уровнем СФ как накануне ($R=-0,620$, $p<0,01$), так и в период стартов КМ ($R=-0,495$, $p<0,05$);

4) имеется сильная отрицательная связь между показателями СФ в период соревнований и показателями ЭП в период УТС ($R=-0,622$, $p<0,01$), накануне ($R=-0,495$, $p<0,05$) и в период ответственных стартов Кубка мира ($R=-0,699$, $p<0,01$).

После рассмотрения результатов исследования связей между параметрами психофизиологического состояния спортсменов на разных этапах подготовки и участия в ответственных соревнованиях возникает естественный вопрос о связи этих параметров со спортивными результатами лыжников и биатлонистов на этапе Кубка мира. Заметные корреляционные связи между спортивными результатами и параметрами психофизиологического состояния спортсменов в период учебно-тренировочных сборов, накануне и в дни соревнований этапа Кубка мира по лыжным гонкам и биатлону отражены в таблице 5.

Корреляционные связи между спортивными результатами и параметрами психофизиологического состояния спортсменов на УТС, накануне и в период соревнований этапа Кубка мира

Параметры психофизиологического состояния	Спортивный результат в биатлонной части программы КМ			
	10.12.11 спринт	11.12.11 пасьют	13.12.11 длинная дистанция	Общий результат
СФ на УТС	-0,407	-0,349	-0,465	-0,413
ПЭН накануне КМ	-0,540	-0,446	-0,570	-0,531
Спортивный результат в лыжной части программы КМ				
	15.12.11 длинная дистанция	17.12.11 спринт	18.12.11 средняя дистанция	Общий результат
СФ на УТС	-0,622*	-0,713**	-0,429	-0,707**
СФ накануне КМ		-0,590*		
ПЭН накануне КМ	-0,574*	-0,540*	-0,567*	-0,683**

Результаты исследования, представленные в таблице, указывают на следующее:

1) имеется заметная, но статистически недостоверная ($p>0,05$), отрицательная корреляционная связь СФ в период УТС, а также ПЭН накануне главных стартов со спортивным результатом в биатлонной части программы Кубка мира;

2) имеется заметная, статистически достоверная отрицательная связь СФ в период УТС, а также ПЭН накануне главных стартов со спортивным результатом в лыжной части программы Кубка мира; показатель СФ накануне соревнований имеет отрицательную корреляционную связь со спортивным результатом в спринтерской лыжной гонке ($R=-0,713$, $p<0,01$).

Выводы:

1. Уровень энергетического потенциала спортсмена, сформированный в период УТС, предшествующего соревнованиям, существенно влияет на выраженность энергетического потенциала как накануне, так и особенно в период главных стартов.

2. Уровень стрессового фона, сформированный у спортсмена в период УТС, предшествующего соревнованиям, существенно влияет на выраженность стрессового фона у данного спортсмена как накануне, так и особенно в период главных стартов.

3. Характер корреляционных связей между показателями энергетического потенциала и стрессового фона проявляется по-разному, в зависимости от этапа подготовки; в период УТС такая связь не выражена, но проявляется, причем на высоком уровне, накануне соревнований, продолжая сохраняться в период глав-

Заключение

Используемые в настоящем исследовании программно-аппаратные комплексы «МИРАЖ-1» и «ГРВ Спорт» позволяют с достаточной точностью проводить экспресс-оценку параметров психофизиологического состояния спортсменов на всех этапах подготовки и участия в ответственных соревнованиях. Знание этих параметров позволяет своевременно проводить коррекционные мероприятия, направленные на их оптимизацию, в том числе средствами психофизиологической и психологической поддержки тренировочной и соревновательной деятельности [2, 3, 7, 8].

В заключение отметим результаты выступления спортсменов данного состава команды на этапе Кубка мира: 6 медалей на биатлонных дистанциях (золото – 3, серебро – 1, бронза – 2), 9 медалей в лыжных гонках (золото – 5, серебро – 4), итого – 15 медалей разного достоинства на всех дистанциях (золото – 8, серебро – 5, бронза – 2). Можно обратить внимание и на то, что ряд спортсменов заняли четвертые места, всего их было 7 (4 в биатлоне и 3 в лыжных гонках), что указывает на медальный резерв этого состава паралимпийской команды лыжников и биатлонистов.

Литература

- Баряев А. А., Емельянов В. Д., Иванов А. В. Оценка адаптации паралимпийцев к тренировочной нагрузке методом вариационной пульсометрии. // Адаптивная физическая культура, № 2 (46), 2011. С. 14-15.
- Злыднев А. А. Прогностическая оценка успешности соревновательной деятельности паралимпийцев – лыжников и биатлонистов. // Адаптивная физическая культура, № 1 (41), 2010. С. 16-18.
- Злыднев А. А., Воротин И. В., Громова И. А., Короткова А. К., Дроздовский А. К. Научное сопровождение мировых побед легкоатлетов паралимпийской сборной России. // Адаптивная физическая культура, № 4 (40), 2009. С. 3-4.
- Коротков К. Г., Короткова А. К. Инновационные технологии в спорте: исследование психофизиологического состояния спортсменов методом газоразрядной визуализации. М. Советский Спорт. 2008. 278 с.
- Сорокин О. В., Хаданов А. И., Куликов В. Ю., Коротков К. Г. Фотоэлектронная (грв) эмиссия как отражение микроциркуляторных флуктуаций. // Медицина и образование в Сибири. № 5, 2010. С. 34-38.
- Петрова Е. Н., Коротков К. Г., Орлов Д. В., Короткова А. К. Принципы построения и структура автоматизированного программно-аппаратного комплекса оценки состояния здоровья. // Изв. вузов. Приборостроение. Т. 52, № 5, 2009. С. 16 – 20.
- Шелков О. М., Дроздовский А. К., Громова И. А., Гладышев А. И., Голуб Я. В. Опыт психологической подготовки паралимпийцев к Ванкуверу. // Адаптивная физическая культура, № 1 (45), 2011. С. 41-43.
- Шелков О. М., Абаян А. Г. Система комплексного контроля в процессе подготовки спортсменов-паралимпийцев. // Адаптивная физическая культура, № 4 (48), 2011. С. 48-50.
- Шелков О. М., Коротков К. Г. Презентация российской спортивной науки. // Адаптивная физическая культура, № 4 (44), 2010. С. 55-56.
- Шелков О. М., Баряев А. А. Методологические основы педагогического обследования в соревновательной деятельности в паралимпийском спорте. // Адаптивная физическая культура, № 3 (35), 2008. С. 31-34.

Мониторинг формирования двигательных навыков у детей дошкольного возраста с ДЦП

Топоркова Н. А., аспирант

Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина, г. Екатеринбург

Ключевые слова: адаптивное физическое воспитание, дети дошкольного возраста, ДЦП, мониторинг формирования двигательных навыков.

Аннотация. В статье представлена программа мониторинга формирования двигательных навыков у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом. Основным критерием представленного мониторинга является формирование двигательных навыков. Мониторинг позволяет не только отслеживать результаты детей, но и составить программу занятий.

Контакт: poletaevanina@gmail.com

Monitoring the formation of motor skills in preschool children with cerebral palsy

Toporkova N., postgraduate student

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

Keywords: adaptive physical education, preschool children, cerebral palsy, monitoring the formation of motor skills.

Abstract. The article presents a program for monitoring the formation of motor skills in preschool children with cerebral palsy. The main criterion is presented for monitoring the formation of motor skills. Monitoring allows you to not only monitor the results of children, but also to make a program of studies.

Впервые с 2006 года Минздравсоцразвития РФ отметил тенденцию к росту числа больных детским церебральным параличом (ДЦП), распространенность которого составляет 19,4 на 10 тыс. детей (что составляет 54 тыс. детей-инвалидов с ДЦП). Разумеется, это цифры весьма приблизительные, т. к. на 100 тыс. детей приходится 3532,5 детей с болезнями нервной системы, установленными впервые в жизни, и можно считать, что таких больных на порядок больше. В США, например, насчитывается от 550 до 980 тысяч инвалидов с ДЦП (хотя частота рождения таких детей, там составляет от 2,8 до 4 человека на 1000 населения).

В России частота появления детей с ДЦП только в 2001 году составляла (по разным данным) 5,0–6,0 на 1000 новорожденных. Сейчас она выше, поскольку из-за увеличения количества выживающих недоношенных младенцев растет и вероятность церебральных нарушений. По данным Департамента социальной защиты населения Москвы в 2010 году в особую группу учета включены 4118 детей с ДЦП (взрослых – 1699).

Степень тяжести двигательных нарушений варьируется в широких пределах, где на одном полюсе находятся грубейшие двигательные нарушения, такие как паралич всех конечностей, на другом – минимальные. Психические и речевые расстройства, возникшие вследствие ДЦП, так же как и двигательные, варьируются в широком диапазоне, и может наблюдаться целая гам-

ма различных сочетаний. Например, при грубых двигательных нарушениях психические и речевые расстройства могут отсутствовать или быть минимальными и, наоборот, при легких двигательных нарушениях наблюдаются грубые психические и речевые расстройства.

У детей с ДЦП нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Двигательные нарушения, являясь ведущим дефектом, без соответствующей коррекции оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Основной формой абилитации детей с ДЦП являются регулярные занятия адаптивной физической культурой, которые включают в себя: лечебную гимнастику, массаж, занятия на тренажерах, кинезитерапию, формирование навыков самообслуживания и т. п.

Эффект раннего воздействия при работе с детьми с ДЦП является ключевым фактором эффективной абилитации. Поэтому занятия адаптивной физической культурой в раннем и дошкольном возрасте являются основополагающими всего процесса восстановления.

При проведении занятий по адаптивной физической культуре с детьми дошкольного возраста с ДЦП важно определить необходимые упражнения для занятий, выявить их эффективность, а, следовательно, и динамику развития ребенка.

Существуют несколько таких методик: шкала навыков по Чейли, оценка двигательных возможностей детей, разработанная в НИИ травматологии и ортопедии имени Г. И. Турнера, методика показателей физического развития и культурно-гигиенических навыков детей, предложенная А. А. Наумовым и Т. Э. Токаевой в авторской программе [3]. Перечисленные методики мониторинга определяют действительный уровень развития ребенка, но являются довольно громоздкими в использовании.

Например, предложенная в 2008 г. Репиной А. И. методика определения динамики двигательной подготовленности и уровня сформированности навыков самообслуживания у детей с ДЦП в поздней резидуальной стадии, включала такие показатели, как динамометрия кистей; экскурсия грудной клетки; жизненная емкость легких; силовая выносливость мышц спины; статическая координация; оценка манипулятивной деятельности рук, зрительно-моторной реакции, коммуникативных и организаторских способностей, способности к самообслуживанию [2]. Доступность в использовании помогает родителям применять данную методику без участия специалиста. Эта особенность, несомненно, имеет существенное значение для семей, которые проживают далеко от областных центров, и у которых нет возможности выехать на консультацию к специалисту.

Выше перечисленные показатели в большей степени отражают физическое развитие ребенка, его морфологические качества, и в меньшей – сформированность двигательных навыков.

Таким образом, анализ существующих методик мониторинга детей с ДЦП показал, что существует необходимость в создании доступной для использования методики мониторинга формирования двигательных навыков у детей с ДЦП.

Петер Лаутеслагер разработал тест «Основные двигательные навыки» для измерения уровня двигательного развития ребенка с синдромом Дауна. Тест состоит из 15 разделов, соответствующих 15 основным двигательным навыкам, расположенным в последовательности, отражающей возрастание уровня постурального контроля ребенка с синдромом Дауна, то есть возрастанием его способности контролировать свое тело в покое и движении, правильно и рационально управлять своим те-

лом. Каждый из разделов теста разбит на стадии и уровни развития навыка, то есть в рамках каждого навыка выведена последовательность двигательных изменений, четко отражающая возрастающий уровень постурального контроля [1].

Двигательное развитие детей с синдромом Дауна отличается от формирования двигательных навыков детей с ДЦП, но способ организации проведения теста двигательных навыков является примером доступного мониторинга.

Основным показателем эффективности занятий является сформированный навык у детей с ДЦП. В отличие от теста двигательных навыков детей с синдромом Дауна, предлагаемый нами мониторинг разделен на 7 групп показателей, в зависимости от того, какие мышцы задействованы в формировании и сложности выполнения движения. Помимо этого включена группа показателей наличия тонических рефлексов – одной из особенностей патологии двигательного развития детей с ДЦП, которые препятствуют формированию правильных поз ребенка и вертикализации тела.

Каждая группа состоит из двигательных действий, которые показывают сформированность различных навыков. Двигательные действия ранжируются от простого к сложному, и оцениваются в баллах от 0 до 3.

Группы показателей сформированности двигательных навыков:

1. показатели наличия тонических рефлексов;
2. двигательные навыки нижних конечностей;
3. ползание;
4. двигательные навыки верхних конечностей;
5. положение сидя;
6. ходьба;
7. передвижение в пространстве.

На основе мониторинга составляется карта обследования двигательных навыков детей с ДЦП (табл. 1).

Цифры в строках 1 – 7 данной таблицы соответствуют порядковому номеру двигательного действия в группах показателей. Например, цифра 3 в строке под номером три (из группы «Ползание») обозначает «Самостоятельное выполнение ребёнком сгибания/разгибания рук в локтевых суставах в положении лежа на животе с продвижением вперед (например, на гимнастической скамье)».

Таблица 1
Карта обследования двигательных навыков детей дошкольного возраста с ДЦП.

№ п/п	Наименование группы показателей	Номера двигательных действий и их оценка в баллах						
		0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	Итог		
1	Наличие тонических рефлексов		1	2	3	4	3	4
2	Двигательные навыки нижних конечностей		1	2	3	4	5	6
3	Ползание	1	2	3	4	5	6	7
4	Двигательные навыки верхних конечностей	1	2	3	4	5	6	7
5	Положение сидя	1	2		3	4	5	
6	Ходьба	1	2	3	4	5	6	7
7	Передвижение в пространстве		1		2	3	4	5
Сумма баллов по всем группам показателей								

Допустим, что на данном этапе занятий ребёнок по группе показателей «Ползание» как раз и выполняет действие под номером 3, а действия 4 – 8 из данной группы не выполняет. Соответственно, количество баллов за эту группу показателей, заносимое в крайний правый столбец карты обследования двигательных навыков – 1 балл.

Все двигательные действия, в соответствии с разработанным нами перечнем, которые ребенок выполняет, отмечаются в карте обследования, что позволяет в конце периода лечения или в конце учебного года оценить динамику формирования двигательных навыков.

После каждого обследования ребенка данные суммируются. Итоговая сумма показывает динамику формирования двигательных навыков с помощью математических показателей.

Посредством мониторинга формирования двигательных навыков в течение 4 лет велось наблюдение процесса абилитации детей дошкольного возраста с ДЦП. В исследовании участвовали 12 детей – воспитанники детского сада компенсирующего вида при ГСКОУ СО «Специальная школа-интернат № 17» Екатеринбурга, с которыми ежедневно проводились индивидуальные занятия по адаптивной физической культуре. Фиксация показателей осуществлялась один раз в год, чтобы отследить наиболее выраженную динамику формирования двигательных навыков. Результаты отражены в таблице 2.

Результаты мониторинга показывают, что у всех детей существует положительная динамика двигательного развития, что отражается в сформированности навыков. Данные, полученные в результате мониторинга, свидетельствуют об увеличении уровня самостоятельности детей, что, несомненно, является одной из главных задач процесса абилитации.

Цель данного мониторинга – не только выявить действительный уровень сформированности навыка, но и определить ближайшую зону развития. Этого удалось добиться с помощью предложенного алгоритма освоения детьми двигательных действий по каждой из групп показателей.

Таким образом, использование простых и доступных методов мониторинга формирования двигательных навыков позволяет родителям самостоятельно оценивать двигательное развитие детей с ДЦП.

Литература

1. Поле Е. В., Жиянова П. Л., Нечаева Т. Н. Двигательное развитие ребенка с синдромом Дауна. Пособие для специалистов [Текст] / Е. В. Поле, П. Л. Жиянова, Т. Н. Нечаева – М.: Благотворительный фонд «Даунрайд Ап», ПРОБЕЛ-2000, 2008. – 80 с.
2. Репина А. И. Адаптивная физическая культура как средство развития двигательной сферы и формирования навыков самообслуживания у детей с церебральным параличом: диссертация... кандидата педагогических наук / Репина А. И. – Екатеринбург, 2008. – 147 с.: ил.
3. Шапкова Л. В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие [Текст] / Под ред. Л. В. Шапковой – М.: Советский спорт, 2004. – 464 с.

Таблица 2

Дата проведения мониторинга	Порядковые номера детей – участников эксперимента											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Итоговые суммы баллов, характеризующие двигательные действия детей												
2008 г.	5	13	16	16	15	-*	-	-	-	-	-	-
2009 г.	10	16	19	19	18	12	-	-	-	-	-	-
2010 г.	16	21	-	-	20	17	10	3	15	10	6	3
2011 г.	18	-	-	-	21	21	16	6	18	14	13	6

* Примечание: прочерк в графе таблицы означает, что мониторинг не проводился, так как ребёнок в этот период в детском саду не обучался.

Анализ регуляции сердечно-сосудистой системы у лыжников с ампутацией конечностей

Гаврилова Е. А., доктор медицинских наук, профессор.
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Минздрава России.

Чурганов О. А., доктор педагогических наук, профессор,
Шелков О. М., кандидат педагогических наук, доцент.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры.

Ключевые слова: паралимпийцы, ампутанты, сердечно-сосудистая система, регуляция, вегетативная нервная система, ритмокардиография.

Аннотация. В работе рассмотрены вопросы особенностей регуляции сердечно-сосудистой системы спортсменов-ампутантов, тренирующихся в лыжном спорте. Обследовано 15 паралимпийцев в сравнении с 15 олимпийцами. Одна из компенсаторных реакций организма ампутантов – это изменение вегетативной регуляции аппарата кровообращения. Компенсаторная симпатикотония приводит к существенному лимитированию функциональных возможностей паралимпийца и его результативности. При тренировке этой группы лиц следует стремиться к формированию парасимпатикотонии.

Контакт: churghanov@inbox.ru

Analysis of the regulation of the cardiovascular system in skiers with amputation of limbs

Dr. Gavrilova E. A., DM, Professor. North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov

Dr. Churghanov O., Professor,
Shelkov O., PhD, Assistant Professor.
Federal State Budget Institution «St. Petersburg Scientific-Research Institute for Physical Culture».

Keywords: paralympic, amputees, cardio-vascular system, the regulation, the autonomic nervous system, rhythmocardiography.

Abstract. The paper discusses the issues of regulation of the features of the cardiovascular system of amputee athletes, practicing in skiing. A total of 15 Paralympic athletes from the comparison with the 15 Olympians. One of the compensatory reactions amputees - a change in autonomic regulation of the circulatory apparatus. Compensatory sympathetic tonus leads to a significant limitation of functional capacity and performance of amputee athletes. When training this group of individuals should seek to achieve parasympathetic tonus.

Кардиореспираторная система и опорно-двигательный аппарат являются основными системами организма, действованными во время выполнения физической нагрузки. Поэтому, на сердечно-сосудистую систему (ССС) спортсменов-ампутантов ложится более значимая нагрузка, в какой-то мере компенсирующая отсутствие конечностей [5, 7]. Кроме того, практика инвалидного спорта предъявляет постоянно возрастающие требования к организму спортсмена-инвалида, в том числе – к ССС [2, 6].

Сегодня на фоне неоспоримых достижений отечественной и зарубежной спортивной медицины крайне немногочисленны исследования, раскрывающие особенности регуляции аппарата кровообращения паралимпийцев с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА) вообще и, в частности, – с ампутированными конечностями.

В доступной литературе с 1965 по 2011 годы удалось обнаружить чуть более десятка исследований, в которых проводился анализ функции сердечно-сосудистой системы лиц с ампутацией конечностей, во время спортивной или физической активности [4]. В данных работах отмечается преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы [1]. Определенное значение в возникновении этой реакции имеют предшествующие занятиям спортом отсутствие должной двигательной активности, детренированность организма, физический и эмоциональный стрессы, сопровождающие спортивную деятельность паралимпийцев с ПОДА [3, 10].

Глубокие морфофункциональные изменения со стороны системы кровообращения у лиц с высокими уровнями ампутации препятствуют изменению вегетативной регуляции. В то же время, у инвалидов, вступивших

в стадию долговременной адаптации на фоне тренирующих физических нагрузок, обнаруживается преобладание тонуса парасимпатической нервной системы [1, 10].

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей вегетативного обеспечения ССС паралимпийцев-ампутантов в сравнении с олимпийцами.

Материалы и методы

Обследовано 30 спортсменов: 15 паралимпийцев-ампутантов (члены сборной по лыжным гонкам и биатлону) и 15 олимпийцев (члены сборной по лыжным гонкам). Обследование проведено в подготовительном периоде тренировочного цикла на сорбе.

До и после гонки, сопоставимой по интенсивности и продолжительности, в двух группах проводилась запись вариационной пульсометрии с использованием компьютерного анализатора «Кардиометр-МТ» ЗАО «Микард-Лана».

Результаты представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, ритмограмма покоя паралимпийцев достоверно отличалась от таковой олимпийцев по ряду показателей, которые отражают следующие функциональные особенности паралимпийцев-лыжников с ПОДА:

- менее выраженная вариабельность ритма сердца (достоверно ниже показатели вариабельности dX, CV, SDNN);

- более выраженная централизация ритма и симпатикотония, снижен уровень функционирования синусового узла (достоверно выше Амо, комплексные показатели по Баевскому – ИВР, ВПР, ПАПР, ИН);

- снижение общей суммы спектра влияний на синусовый узел и достоверно – гуморальной регуляции ритма сердца (VLF).

Известно, что с ростом адаптации и тренированности растёт вариабельность ритма сердца, тонус парасимпатической нервной системы и автономной регуляции. С учетом имеющейся патологии у ампутантов, можно предположить, что выявленные изменения являются компенсаторными и выражеными в более напряженной деятельности аппарата кро-

Таблица 1

Данные показателей ритмокардиограммы до и после тренировки в исследуемых группах спортсменов

Показатель	Олимпийцы (n=15)		Паралимпийцы (n=15)		T-тест	F-тест
	среднее	ст. отклон.	среднее	ст. отклон.		
Ритмограмма покоя						
Среднее значение RRcp., мс	877,80	131,61	933,20	90,46	0,097	0,22
Мода Mo, мс	853,33	154,07	896,67	97,41	0,185	0,12
Амплитуда моды Amo, %	26,40	8,74	36,20	9,41	0,004	0,69
Минимальное значение RRмин., мс	654,13	89,02	773,60	44,35	0,0001	0,02
Максимальное значение RRмакс., мс	1073,33	167,16	1088,53	107,53	0,386	0,14
Разница RR максимального и минимального RR dX, мс	419,20	136,81	314,93	89,07	0,010	0,15
Коэффициент вариабельности CV, %	9,84	3,32	6,58	2,26	0,002	0,20
Стандартное отклонение SDNN, мс	87,33	37,31	61,60	23,35	0,017	0,12
Квадратный корень из суммы квадратов разностей величин последовательных пар интервалов RR RMSSD, мс	61,87	35,30	56,07	21,02	0,296	0,08
Количество пар последовательных интервалов RR, различающихся более чем на 5 – миллисекунд NN50count	58,47	36,47	42,07	24,02	0,081	0,16
Процент NN50 от общего количества последовательных пар интервалов RR pNN50, %	28,96	18,17	33,45	17,75	0,253	0,97
Индекс вегетативного равновесия ИВР (у. е.)	72,67	39,83	131,80	66,59	0,004	0,05
Вегетативный показатель ритма ВПР (у. е.)	3,25	1,46	3,91	1,24	0,100	0,64
Показатель адекватности процессов регуляции ПАПР (у. е.)	32,00	14,41	40,60	11,64	0,044	0,51
Индекс напряжения ИН (у. е.)	46,20	32,07	75,00	39,50	0,020	0,37
Показатель активности регуляторных систем ПАРС (у. е.)	4,80	1,86	3,13	2,00	0,014	0,70
Высокочастотный спектр HF, мс ²	1818,13	2340,94	800,80	381,80	0,054	0,001
Низкочастотный спектр LF, мс ²	2880,80	2801,28	2172,47	3591,93	0,280	0,30
Спектр очень низких частот VLF, мс ²	2371,73	2106,88	730,53	631,85	0,004	0,001
Суммарная мощность спектра Сумма, мс ²	7070,67	6777,32	3703,80	3916,12	0,055	0,06
LF/HF (у. е.)	3,67	6,51	2,85	3,36	0,334	0,03
LF, %	65,83	12,62	62,64	16,53	0,283	0,27
HF, %	34,30	12,76	37,36	16,53	0,292	0,28
Ритмограмма после гонки						
	RRcp., мс	574,47	119,22	792,47	90,62	0,0001
	Mo, мс	550,00	118,02	763,33	97,41	0,0001
	Amo, %	75,93	22,35	49,67	15,64	0,0005
	RR., мс	512,80	58,56	697,33	67,20	0,0001
	RRмакс., мс	634,67	167,75	909,60	138,62	0,0001
	dX, мс	121,87	128,82	212,27	103,37	0,0229
	CV, %	3,13	2,19	4,81	1,92	0,0180
	SDNN, мс	20,07	22,99	39,07	18,28	0,0099
	RMSSD, мс	13,27	19,96	31,00	21,93	0,0155
	NN50count	7,40	25,12	20,80	29,38	0,0994
	pNN50, %	3,69	12,56	13,81	18,94	0,0517
	ИВР (у. е.)	1045,80	628,83	371,40	399,48	0,0009
	ВПР (у. е.)	24,55	12,39	8,81	6,95	0,0001
	ПАПР (у. е.)	145,40	50,30	67,20	26,84	0,0001
	ИН (у. е.)	1024,53	648,49	261,80	307,20	0,0002
	ПАРС (у. е.)	7,93	1,71	3,80	2,01	0,0001
	HF, мс ²	146,73	477,46	461,00	628,81	0,0714
	LF, мс ²	352,60	1078,87	730,40	645,47	0,1293
	VLF, мс ²	156,33	200,23	488,13	520,84	0,0168
	Сумма, мс ²	655,67	1735,85	1679,53	1549,48	0,0523
	LF/HF (у. е.)	3,46	2,08	4,34	3,52	0,2130
	LF, %	73,31	10,89	72,31	16,38	0,4248
	HF, %	26,69	10,89	27,69	16,38	0,4248

вообщения паралимпийцев-ампутантов в покое.

При обследовании спортсменов после контрольной гонки достоверные различия между двумя группами лыжников оказались ещё более выраженным, а картина показателей вариационной пульсометрии

стала фактически обратной – отмечалось достоверно выше вариабельность, ниже симпатикотония и централизация управлением ритма сердца. Это может свидетельствовать о более низкой мобилизации паралимпийцев-ампутантов в сравнении с олимпийцами.

Степень изменения показателей ритмограммы после гонки (разница между покоем и после финиша) в сравнении двух групп и коэффициент выраженности этих изменений (соотношение показателей олимпийцев и паралимпийцев-ампутантов) показаны в таблице 2.

Таблица 2

Степень изменения показателей ритмограммы после гонки и коэффициент выраженности этих изменений в двух группах спортсменов

Показатели	Разница между показателями покоя и нагрузки		Соотношение 0/П
	0	П	
RRср., мс	303,33	140,73	2,16
Мо, мс	303,33	133,33	2,28
Амо, %	-49,53	-13,47	3,68
RRмин., мс	141,33	76,27	1,85
RRмакс., мс	438,67	178,93	2,45
dХ, мс	297,33	102,67	2,90
CV, %	6,71	1,76	3,81
SDNN, мс	67,27	22,53	2,99
RMSSD, мс	48,60	25,07	1,94
NN50count	51,07	21,27	2,40
pNN50, %	25,27	19,64	1,29
ИВР (у. е.)	-973,13	-239,60	4,06
ВПР (у. е.)	-21,30	-4,91	4,34
ПАПР (у. е.)	-113,40	-26,60	4,26
ИН (у. е.)	-978,33	-186,80	5,24
ПАРС (у. е.)	-3,13	-0,67	4,70
HF, мс ²	1671,40	339,80	4,92
LF, мс ²	2528,20	1442,07	1,75
VLF, мс ²	2215,40	242,40	9,14
Сумма, мс ²	6415,00	2024,27	3,17
LF/HF (у. е.)	0,21	-1,49	-0,14
LF, %	-7,48	-9,67	0,77
HF, %	7,61	9,67	0,79

Примечание:

О – олимпийцы, П – паралимпийцы

Как видно из таблицы 2, изменения значения показателей после физической нагрузки в группе олимпийцев оказались в 2–9 раз более выражены, чем у паралимпийцев.

Таким образом, и реакция на физическую нагрузку паралимпийцев-ампутантов оказалась как минимум в два раза ниже, чем у олимпийцев.

Проведенные исследования показали, что одна из компенсаторных реакций организма на уменьшение массы конечности и, соответственно, сосудистого русла, направленная на поддержание циркуляторного гомеостаза – это изменение вегетативной регуляции аппарата кровообращения с преобладанием симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Это влечет за собой более напряженную деятельность аппарата кровообращения в покое (более высокие цифры ЧСС, АД) и как минимум в два раза более низкую мобилизацию аппарата кровообращения в ответ на физическую нагрузку паралимпийцев-ампутантов в сравнении с олимпийцами.

Заключение

Одна из компенсаторных реакций организма на уменьшение массы конечности и, соответственно, сосудистого русла, направленная на поддержание циркуляторного гомеостаза – это изменение вегетативной регуляции аппарата кровообращения. Компенсаторная симпатикотония приводит к существенному лимитированию функциональных возможностей паралимпийца и его результативности. При тренировке этой группы лиц следует стремиться к формированию парасимпатикотонии в процессе занятий спортом, что будет отражать оптимизацию функционирования сердечно-сосудистой системы у ампутантов и высокую функциональную готовность [1, 10].

Для достижения этой задачи большое значение играют аэробные нагрузки, в том числе плавание, гипоксические тренировки и психологическое воздействие в плане снижения стрессорной реакции и последовой симпатикотонии [1, 8, 9, 10].

Литература

- Кобзев В. А. Оценка приспособительных реакций сердечнососудистой системы к беговым тестирующим нагрузкам у спортсменов-инвалидов / В. А. Кобзев, С. В. Черенина, В. Н. Мухин // Сборник трудов СПб НИИ Физической культуры – СПб. – 2005. – С. 227-229.
- Макиг Д. Спортсмены-инвалиды / Макинг Д., Кленн К. // Олимпийское руководство по спортивной медицине – М. – 2011. – С. 483-499.
- Мухин В. Н. Роль регуляции сердечно-сосудистой системы в формировании физической работоспособности спортсменов-инвалидов / В. Н. Мухин, С. В. Черенина, В. А. Кобзев // Сборник трудов СПб НИИ Физической культуры – СПб. – 2005. – С. 237-240.
- Bragaru M., Dekker R., Geertzen J., Dijkstra U. Amputees and Sports. A Systematic Review // Sports. Med. – 2011. – 41. – №9. – P. 721-740.
- Chin L. Effect of physical fitness on prosthetic ambulation in elderly amputees / L. Chin, S. Sawamura, R. Shiba // Am J Phys Med Rehabil. – 2006. – V. 85. – №12. – P. 992-996.
- Couture M. Leisure activities following a lower limb amputation / M. Couture, C. D. Caron. J. Desrosiers // Disabil Rehabil. – 2010. – V. 32. – №1. – P. 57-64.
- Kars C. Participation in sports by lower limb amputees in the province of Drenthe the Netherlands / C. Kars, M. Hofman, J. H. Geertzen et al. // Prosthet Orthot Intl. – 2009. – V. 33. – №4. – P. 356-67.
- Rau B. Short-term effect of physiotherapy rehabilitation on functional performance of lower limb amputees / B. Rau, F. Bonvin // de Bie R. Prosthet Orthot Int. – 2007. – V. 31. – №3. – P. 258-70.
- Singh R. The rapid resolution of depression and anxiety symptoms after lower limb amputation / R. Singh, J. Hunter, A. Philip // din Rehabil. – 2007. – V. 21. – №8. – P. 754-9.
- Tatar Y. Body image and its relationship with exercise and sports in turkish lower-limb amputees who use prosthesis / Y. Tatar // Sci Sports. – 2010. – V. 25. – №6. – P. 312-7.

Артикуляционная гимнастика как средство преодоления дизартрии у детей дошкольного возраста с ДЦП

Кунчевская С. В., инструктор-методист адаптивной физической культуры.
Реабилитационный центр «Виктория», г. Сочи.

Пilosyan N. A., кандидат биологических наук, доцент. Сочинский государственный университет

Ключевые слова: детский церебральный паралич, дизартрия, артикуляционная гимнастика.

Аннотация. В статье представлены исследования о влияние комплекса артикуляционной гимнастики, на преодолении дизартрии у детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом.

Контакт: kunsvetlana@yandex.ru.

Articulation exercises as a means to overcome dysarthria in preschool children with cerebral palsy

Kunchevskaya S. V., Instructor Methodist adaptive physical education. Rehabilitation center «Victoria», Sochi
Pilosyan N., PhD., Assistant Professor. Sochi State University

Keywords: cerebral palsy, dysarthria, articulation exercises.

Abstract. The article presents a study on the influence of the complex articulation exercises for overcoming dysarthria in preschool children with cerebral palsy.

Введение

Среди детей дошкольного возраста распространенным речевым нарушением является дизартрия, которая

имеет тенденцию к значительному росту. В настоящее время остаются нераскрытыми многие вопросы, связанные с изучением дизартрии.

В логопедической теории и практике малоизученными являются вопросы симптоматики, механизмов структуры речевого дефекта у детей

с дизартрией, недостаточно разработаны методы ее дифференциальной диагностики; отсутствуют оптимальные методы ее коррекции.

Еще больший интерес у логопедов и психологов вызывает проблема дизартрических проявлений у детей с детским церебральным параличом (ДЦП). Изучению состояния речевых функций при ДЦП посвящено достаточно большое количество работ. Многочисленные отечественные и зарубежные авторы отмечают, что при ДЦП наряду с нарушениями опорно-двигательного аппарата очень часто отмечаются разнообразные речевые расстройства. Этим вопросом занимались такие ученые, как К. А. Семенова, Л. А. Данилова, Е. М. Мастиюкова, М. В. Ипполитова, В. Литтль. По данным различных авторов дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе в 65 – 85% случаях (М. Б. Эйдинова, Е. Н. Правдина-Винарская) [1, 2].

В настоящее время проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психолого-педагогическом направлениях. Наиболее подробно она описана у детей с церебральным параличом такими авторами, как К. А. Семенова, И. И. Панченко, Л. А. Данилова. В зарубежной литературе она представлена работами G. Bohne, M. Gliment, T. E. Twitchell, R. D. Nailson, N. O'Dwer. [1, 3].

Несмотря на то, что в логопедии имеются методические разработки коррекционной направленности при дизартрии, специальных исследований во время занятий адаптивной физической культурой не осуществлялось. Поэтому актуальность вышеуказанной проблемы определила тему нашего исследования.

Целью исследования было показать возможности преодоления дизартрии у дошкольников с ДЦП с помощью комплекса занятий артикуляционной гимнастики.

Материалы и методы исследования

Преодоление дизартрии у дошкольников с ДЦП может протекать успешнее, если в процесс коррекционной работы на занятиях лечебной физической культурой будет включен комплекс артикуляционной гимнастики.

Исследование проводилось в Краснодарском крае в Сочинском реабилитационном центре «Виктория» у детей дошкольного возраста с ДЦП.

При изучении медицинской документации детей, поступающих на курс в Сочинский реабилитационный центр «Виктория», нами были отобраны 8 детей дошкольного возраста с ДЦП, из которых логопедами было выявлено 5 детей с речевым нарушением дизартрия.

Формы детского церебрального паралича у обследуемых детей были следующие: спастический тетрапарез – 2 детей (40%), спастический парапарез – 3 ребенка (60%).

Степень выраженности двигательных нарушений также была различной: 1 ребенок (20%) самостоятельно не передвигается и себя не обслуживает, 1 ребенок (20%) передвигается с помощью взрослых, остальные трое детей (60%) передвигаются самостоятельно.

Для обследования детей была использована методика Н. М. Трубниковой [4], которая включала 2 раздела:

1. Обследование анатомического состояния артикуляционного аппарата.

Осмотр органов артикуляционного аппарата с целью определения особенностей строения и дефектов анатомического характера:

Губы (тонкие, толстые, расщелины, шрамы).

Зубы (редкие, мелкие, кривые, вне челюстной дуги, отсутствие зубов).

Прикус (прогнатия, прогенция, открытый передний, открытый боковой, перекрестный прикус).

Твердое небо (высокое, готическое, плоское, укороченное, расщелина).

Мягкое небо (отсутствие, укороченное, отсутствие маленького язычка, раздвоенное).

Язык (массивный, маленький, короткий, длинный, «географический», гипертрофия корня языка).

Подъязычная связка (короткая, укороченная, нормальная, наличие спайки с тканями подъязычной области).

При обследовании анатомического состояния артикуляционного аппарата было выявлено следующее:

– у троих детей отмечены тонкие губы (60%), у 2-х – толстые (40%);

– у 2-х детей – отмечены редкие зубы (40%), у 1 ребенка – мелкие (20%), у 1 ребенка – кариозный верхний передний ряд (20%);

– у 1 ребенка прикус в норме (20%), у 2-х детей – прогнатия (40%), еще у 2-х – прогенция (40%);

– у 1 ребенка отмечено готическое твердое небо (20%), у 2-х детей –



С. В. Кунчевская



Н. А. Пилосян

высокое (40%) и у 1 ребенка – в норме (20%);

– у 2-х детей отмечено укороченное мягкое небо, у остальных 3-х детей – в норме (60%);

– у 4-х детей наблюдался трепор (80%), у 1 ребенка – парез языка (20%);

– у 3-х детей подъязычная связка нормальная (60%), у 2-х детей – короткая (40%).

Таким образом, у всех детей наблюдаются незначительные отклонения в анатомическом строении артикуляционного аппарата.

2. Обследование моторики органов артикуляционного аппарата.

Цель: изучение функционального состояния активных органов артикуляционного аппарата, а также динамической организации движений органов артикуляционного аппарата и мимической мускулатуры.

2.1. Исследование двигательных функций артикуляционного аппарата:
а) исследование двигательной функции губ;

б) исследование двигательной функции челюсти;
в) исследование двигательных функций языка (исследование объема и качества движений языка);



г) исследование двигательной функции мягкого нёба;
д) исследование продолжительности и силы выдоха;

2.2. Исследование динамической организации движений органов артикуляционного аппарата:

а) оскалить зубы, широко открыть рот, положить широкий язык на нижнюю губу, занести язык на нижние зубы, закрыть рот; б) широко открыть рот, как при звуке «ах», растянуть губы в улыбку, вытянуть губы в трубочку, закрыть рот и сокнуть губы;

в) широко раскрыть рот, дотронуться кончиком языка до нижней губы, поднять кончик языка к верхним зубам, затем опустить язык к верхним зубам, затем опустить за нижние зубы и закрыть рот;

г) положить широкий язык на нижнюю губу, приподнять боковые края и кончик языка, чтобы получилась «чашечка», занести эту «чашечку» в рот, опустить кончик языка за нижние зубы и закрыть рот;

д) повторить звуковой или слоговой ряд несколько раз (последовательность звуков и слогов изменяется): «а-и-у», «у-и-а», «ка-па-та», «па - ката».

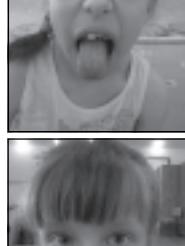
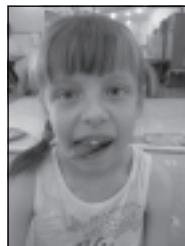
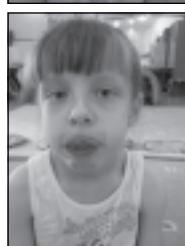
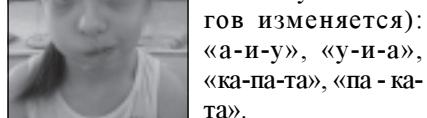


Фото. Исследование динамической организации движений органов артикуляционного аппарата. На фото пациент реабилитационного центра. Возраст 5 лет. Диагноз ДЦП, спастический парапарез, дизартрия.



2.3. Обследование мимической мускулатуры:

- Исследование объема и качества движения мышц лица (нахмурить брови, поднять брови, наморщить лоб).
- исследование объема и качества движений мышц глаз (легко сокнуть веки, плотно сокнуть веки, закрыть правый глаз, затем левый, подмигнуть).
- исследование объема и качества движений мышц щек (надуть левую, а затем правую щеки, надуть обе щеки одновременно, втянуть щеки в рот).
- исследование возможности произвольного формирования определенных мимических щек (выразить мимикой лица удивление, радость, испуг, грусть, сделать сердитое лицо).
- исследование символического праксиса (свист, поцелуй, улыбка, оскал, плевок, цоканье).

При выборе диагностики нами учитывались опорно-двигательные нарушения, состояние артикуляционного аппарата и развития речи, в котором находится обследуемый ребенок.

Анализируя исследования моторики органов артикуляционного аппарата на основе балльных показателей, нами выделены пять уровней: высокий, выше среднего, средний, ниже среднего, низкий.

На начало обследования показатели уровня выполнения были следующими: двигательные функции артикуляционного аппарата выше среднего – 10%, средний уровень – 60%, ниже среднего – 30%; динамическая организация движений органов артикуляционного аппарата выше среднего – 10%, средний уровень – 40%, ниже среднего – 50%; мимическая мускулатура выше среднего – 10%, средний уровень – 30% ниже среднего – 60%.

Таким образом, исходя из полученных данных, следует, что дети с ДЦП имеют трудности и значительные отклонения в нахождении нужных поз. Т. е. у детей наблюдаются нарушения двигательной функции артикуляционного аппарата, повышенный уровень нарушения динамической организации органов артикуляционного аппарата и самый высокий уровень нарушения мимической мускулатуры.

С целью коррекции речевой моторики у детей дошкольного возраста с ДЦП, мы разработали комплекс артикуляционной гимнастики. При его проведении большое значение имеет тактильно-проприоцептивная стимуляция, развитие статико-динами-

ческих ощущений, четких артикуляционных кинестезий. На начальных этапах комплекс проводят с максимальным подключением других более сохранных анализаторов (зрительного, слухового, тактильного). Многие упражнения проводят с закрытыми глазами, привлекая внимание ребенка к проприоцептивным ощущениям.

Предлагаемый комплекс артикуляционной гимнастики включался в курс реабилитации, и проводился каждый день дополнительно дома и на занятиях лечебной физической культуры для детей с ДЦП.

Выводы

По окончании курса реабилитации, нами повторно велись обследования детей по тем же параметрам, что и в начале обследования, и были выявлены следующие показатели уровня выполнения: двигательные функции артикуляционного аппарата выше среднего – 30 %, средний уровень – 50%, ниже среднего – 20%; динамическая организация движений органов артикуляционного аппарата выше среднего – 20%, средний уровень – 50%, ниже среднего – 30%; мимическая мускулатура выше среднего – 40%, средний уровень – 40% ниже среднего – 20%.

По результатам исследования состояние органов артикуляционного аппарата обследуемых детей в целом улучшилось, однако еще не достигает максимально высокой оценки. Это позволяет говорить об эффективности проводимых в течение формирующего эксперимента мероприятий коррекционного воздействия, осуществляемых при использовании комплекса артикуляционной гимнастики, направленного на преодоление дизартрии у дошкольников с детским церебральным параличом.

Литература

- Логопедия: Учебник для студ. дефектол. фак. высш. учеб. заведений / Под ред. Л. С. Волковой. – 5-е изд. перераб. и доп. – М.: Гуманитар. Изд. центр ВЛАДОС, 2007. -703 с.: ил. – (Коррекционная педагогика).
- Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М.. 1985.
- Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглун М. Я. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М.. 1972.
- Трубникова Н. М. Логопедическое обследование младших школьников, страдающих олигофренией и детским центральным параличом. /Н. М. Трубникова. – Метод. рекомендации, Екатеринбург, 1992. – 54 с.

Особенности развития скоростных способностей у школьников 12-17 лет с депривацией зрения

Андреев В. В., кандидат педагогических наук,
Администрация, г. Абаза.

Шурышев Н. А., кандидат педагогических наук, доцент, Хакасский государственный университет имени Н. Ф. Катанова, г. Абакан.

Андреева О. А., педагог-дефектолог, МБОУ «СОШ №50», г. Абаза.

Вовк О. В., учитель физической культуры, СОШ №4, г. Абакан.

Ключевые слова: скоростные способности, школа III, IV видов, школьники с депривацией зрения, дозирование нагрузок, средства и методы

Аннотация. Результаты педагогического эксперимента со школьниками 12-17 лет с депривацией зрения по развитию скоростных способностей с использованием специальных методов и средств.

Контакт: andreev2010-62@mail.ru

Features of the development of high-speed abilities in schoolchildren 12-17 years with deprivation of vision

Andreyev V. V., PhD, Administration, City Abaza.

Shuryshev N. A., PhD, Assistant Professor, Katanov`s State University of Khakassia, Abakan

Andreeva O. A., teacher-pathologist, School № 50, Abaza.

Vovk O. V., physical education teacher, School № 4, Abakan.

Keywords: high-speed ability, school III, IV species, with deprivation of vision, dispensing loads, tools and methods.

Abstract. The results of educational experiments with students 12-17 years with deprivation of the vision. The development of high-speed capabilities, using special methods and tools.

Актуальность. В жизнедеятельности человека наибольшая роль принадлежит зрительному анализатору, так как почти 80% восприятия внешнего мира происходит с помощью зрения. Нарушение деятельности зрительного анализатора вследствие врождённых аномалий развития и заболеваний органа зрения сопровождается снижением двигательной активности, что вызывает у ребёнка затруднение в выполнении движений. У детей с депривацией зрения наблюдаются значительные отклонения в физической подготовленности (координации движений, сохранении статического и динамического равновесия, снижении точности и соразмерности движений, в замедлении скорости выполнения движений), это в свою очередь вызывает нарушение функционального состояния всего организма [1, 3].

В настоящее время изучены особенности развития, обучения и воспитания слабовидящих детей преимущественно младшего школьного возраста и недостаточно научных исследований в отношении детей среднего и старшего школьного возраста.

Многообразие форм аномалий зрения и вызванных ими вторичных отклонений требуют дифференцированного и индивидуального подхода к занимающимся, специфике необходимых, коррекционно-педагогических мер с учётом офтальмологических и сопутствующих заболеваний, отклонений, характер ограничений к физическим нагрузкам и определённым видам физических упражнений, индивидуально-психологических особенностей развития. До настоящего времени актуальным остаётся вопрос о дозировании физических нагрузок на занятиях с детьми, обучающимися в специальных школах III, IV видов [2].

Коррекция и развитие скоростных способностей позволяют считать необходимым дальнейшие исследования средств и методов направленного действия, применяемых к изучаемому контингенту учащихся, что является важной проблемой современного адаптивного физического воспитания.

Объектом исследования является процесс коррекции и развития скоростных способностей школьников с депривацией зрения.

Предметом исследования является методика коррекции и развития скоростных способностей школьников 12 – 17 лет с депривацией зрения.

Гипотеза исследования: методика коррекции и развития скоростных способностей школьников 12 – 17 лет с нарушениями зрения будет более эффективной, если:

1. Использовать индивидуально-дифференцированный подход на занятиях адаптивной физической культурой.

2. При подборе средств и методов коррекции и развития скоростных способностей учитывать специфику офтальмологических и сопутствующих заболеваний, отклонений, характера ограничений к физическим нагрузкам и отдельным видам физических упражнений.

Цель исследования: совершенствование процесса адаптивного физического воспитания школьников с депривацией зрения и повышения их социальной адаптации в обществе.

Задачи исследования:

1. Изучить возрастные особенности развития скоростных способностей школьников 12 – 17 лет с депривацией зрения.

2. Обосновать эффективность применения средств и методов направленного действия для коррекции и развития скоростных способностей.

Организация и методы исследования. Для изучения уровня развития скоростных способностей школьников 12 – 17 лет с депривацией зрения нами проведено педагогическое тестирование в начале и по окончании эксперимента. Исследование проводилось на базе школы-интерната III, IV видов г. Абакана. В исследовании приняли участие 119 школьников с депривацией зрения (89 – без противопоказаний к физическим упражнениям и нагрузкам, 30 – с противопоказаниями). Испытуемые делились на возрастные группы: 12 – 13 лет, 14 – 15 лет, 16 – 17 лет. Эксперимент рассчитан на 1 и 2 четверть учебного года по 2 занятия в неделю. Для определения уровня развития скоростных способностей мы использовали двигательные тесты:

– Оценка двигательной реакции с использованием реакциономера – на

звуковой раздражитель испытуемый должен максимально быстро реагировать нажатием на кнопку;

– Оценка стартовой скорости – бег 20 м с высокого старта для школьников с противопоказаниями, и с низкого старта для учащихся без противопоказаний;

– Оценка скоростной выносливости – бег 60 м;

– Оценки быстроты по количеству шагов за 5 секунд – максимально быстрый бег на месте, касаясь бёдрами ограничителя (резиновый жгут на высоте 80 см).

Методика и результаты исследования. Для развития скоростной реакции у школьников без противопоказаний использовались средства по схеме «сигнал – восприятие – оценка – ответ действием»: старт по сигналу, стоя лицом вперёд, спиной вперед; по сигналу – быстрый переход от бега спиной вперёд к стартовому рывку лицом вперёд; бег спиной вперед, по сигналу – поворот на 180°

и стартовый рывок 5 м; бег в низком темпе, по сигналу – стартовый рывок 5 м в противоположном направлении; подскoki на месте, по сигналу – стартовый рывок 5 м. Школьники с противопоказаниями выполняли задания без поворотов и высокого выпрыгивания.

Для развития стартовой скорости использовали стартовые ускорения из разных исходных положений: бег 5, 10, 15, 20 м с хода на время; прыжки на одной ноге 10, 15 м на время; «фартлек» со стартовыми рывками 10 м через 20 – 30 м медленного бега; бег приставными шагами по дорожке с переходом в стартовый рывок 15 – 20 м от отметки; прыжок вверх толчком двумя ногами с последующим стартовым рывком. Учащиеся с противопоказаниями выполняли задания без учёта времени согласно индивидуальным возможностям.

Для развития быстроты выполнялись специальные беговые упражнения: бег с высоким подниманием бед-

ра и захлёстом голени, с продвижением и на месте с учётом времени, многоскоки, прыжковые упражнения с использованием резиновых баллонов, вкопанных наполовину.

При развитии скоростной выносливости для учащихся с депривацией зрения наиболее приемлем в начале эксперимента повторный метод с пробеганием отрезков 30, 40, 50, 60 м серийным способом с интенсивностью 75 – 80% для учащихся без противопоказаний и 60 – 65% с противопоказаниями. По мере адаптации к физическим нагрузкам у школьников экспериментальной группы (ЭГ) без противопоказаний использовался интервальный метод, интенсивность выполнения 90% от максимальной.

Дозирование и интенсивность определялись дифференцировано и индивидуально, в процессе занятий контролировалось проявление утомления по ЧСС и внешним признакам. В процессе выполнения упражнений

Изменение показателей скоростных способностей мальчиков 12-17 лет с депривацией зрения до и после педагогического эксперимента

Таблица 1

Показатели		Экспериментальная группа						Контрольная группа					
		12-13 лет		14-15 лет		16-17 лет		12-13 лет		4-15 лет		16-17 лет	
		до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Двигательная реакция, с	1	0,211	0,183*	0,206	0,151*	0,196	0,144*	0,209	0,207	0,210	0,184*	0,191	0,179*
	2	0,219	0,191*	0,213	0,171*	0,203	0,167*	0,222	0,219	0,215	0,209	0,200	0,193
Стартовая скорость, с	1	5,05	3,9*	4,40	3,50*	4,50	3,50*	5,00	4,52	4,43	4,28	4,43	4,34
	2	6,11	4,43*	5,09	4,31	4,58	4,00	6,10	5,59	5,12	5,9	5,00	4,48
Быстрота, с	1	14	18*	16	21*	18	23*	14	15	17	17	17	18
	2	13	16*	14	18*	16	20*	12	13	14	14	15	16
Скоростная выносливость, с	1	12,6	10,1*	11,5	9,1*	11,25	8,9*	12,4	12,0	11,7	11,50	11,10	10,52
	2	13,2	12,0*	12,8	11,2*	11,51	10,7*	13,0	12,8	12,6	12,40	12,20	12,00

Примечание:

1 – показатели школьников без ограничений; 2 – показатели школьников с ограничениями; *достоверность различий $p < 0,05$

Изменение показателей скоростных способностей девочек 12-17 лет с депривацией зрения до и после педагогического эксперимента

Таблица 2

Показатели		Экспериментальная группа						Контрольная группа					
		12-13 лет		14-15 лет		16-17 лет		12-13 лет		4-15 лет		16-17 лет	
		до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Двигательная реакция, с	1	0,241	0,217*	0,233	0,204*	0,201	0,182*	0,239	0,231	0,237	0,230*	0,194	0,189*
	2	0,249	0,222*	0,241	0,217*	0,221	0,200*	0,256	0,254	0,249	0,245	0,215	0,200
Стартовая скорость, с	1	5,65	4,45*	5,65	4,45*	5,95	4,55*	5,71	5,54	5,59	5,31	6,00	5,83
	2	5,98	4,91*	6,00	4,97	6,17	5,03	6,01	5,93	6,03	5,82	6,11	5,98
Быстрота, с	1	13	16*	14	18*	14	17*	13	13	14	15	14	14
	2	12	14*	13	15*	13	16*	12	12	13	13	13	13
Скоростная выносливость, с	1	13,95	11,7*	12,35	10,4*	12,95	10,35*	13,71	13,30	12,44	12,21	13,00	12,86
	2	14,08	12,3*	13,18	11,12*	13,84	11,00*	14,00	13,91	13,21	13,02	14,05	13,73

Примечание:

1 – показатели школьников без ограничений; 2 – показатели школьников с ограничениями; *достоверность различий $p < 0,05$

определялись двигательные нарушения и ошибки, допускаемые учащимися. После проведения педагогического эксперимента произошли существенные изменения исследуемых показателей у школьников ЭГ с противопоказаниями и без таковых. В контрольной группе (КГ), занимающейся по обычной программе, изменение показателей произошло незначительно (табл. 1, 2).

Так в ЭГ в показателе «двигательная реакция» у мальчиков 12 – 17 лет с противопоказаниями и без них улучшение произошло в среднем на 31% ($p<0,05$), в КГ выявлены незначительные изменения. У девочек улучшение показателя произошло в среднем на 27% в ЭГ с противопоказаниями и без таковых. В КГ результаты изменились незначительно.

Анализ динамики стартовой скорости после проведения тестирования показал существенный рост изучаемого качества в ЭГ мальчиков без ограничений на 28,1%, с противопоказаниями – на 22,5% с достоверностью различий $p<0,05$. У девочек в ЭГ без противопоказаний рост составил 25,9%, с противопоказаниями – на 27,3%.

При первичном тестировании показателя быстроты были выявлены низкие результаты, которые являются ниже среднего ожидаемого показателя. После применения средств направленного действия на развитие изучаемого качества в ЭГ улучшились результаты у мальчиков без противопоказаний на 5 ед., с противопоказаниями на 3,5 ед. ($p<0,05$).

В КГ произошли изменения в среднем на 1 ед. и не являются достоверными. У девочек в ЭГ без противопоказаний улучшение результатов произошло в среднем на 3 ед.; с противопоказаниями – на 2 ед. В КГ результаты не изменились.

Анализ динамики скоростной выносливости выявил изменения в показателях ЭГ. Рост результатов в ЭГ мальчиков без противопоказаний после применения экспериментальной методики составил 20%, с противопоказаниями – 19,1%. В КГ произошли малозначительные изменения и не являются достоверными. В ЭГ девочек изменения в росте показателя двигательной способности произошли на 27,5% без противопоказаний, и на 27,9% – с противопоказаниями при достоверности различий $p<0,05$.

В процессе занятий адаптивной физической культурой в период педагогического эксперимента производилась коррекция двигательных нарушений. Так после завершения эксперимента было выявлено, что сформирована длина и частота шага, правильная постановка стопы, амплитуда работы рук, слаженность движений конечностей, технически правильное выполнение стартового разбега

Выходы.

При анализе полученных данных было выявлено, что воздействие экспериментальной методики, направленной на развитие скоростных способностей школьников 12 – 17 лет с депривацией зрения, способствовало не только росту изучаемых качеств, но и, как следствие, повышению уровня физического развития, функциональной и физической подготовленности.

Литература

- Демирчоглян Г. Г. Специальная физическая культура для слабовидящих школьников [текст] / Г. Г. Демирчоглян, А. Г. Демирчоглян. – М.: Физкультура и спорт, 2000. – 160 с.
- Ермаков В. П. Основы тифлопедагогики [текст] / В. П. Ермаков, Г. А. Якунин. – М.: ВЛАДОС, 1999. – 240 с.
- Сермеев Б. В. Физическое воспитание детей с нарушениями зрения [текст] / Б. В. Сермеев. – Киев: Здоровье, 1987. – 108 с.

Применение АФК в процессе лечения и реабилитации больных старших возрастных групп с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава

Иорданишвили А. К., доктор медицинских наук, профессор,
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург
Самсонов В. В., врач; Сериков А. А., врач; Солдатова Л. Н., кандидат медицинских наук,
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

Ключевые слова: адаптивная физическая культура, миогимнастика, лечебная физическая культура, анатомия человека, височно-нижнечелюстной сустав, геронтостоматология.

Аннотация. Изучены результаты реабилитации пациентов старших возрастных групп, страдающих различными клиническими формами заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Показано, что врачи не всегда при комплексной терапии геронтостоматологических больных с патологией височно-нижнечелюстного сустава уделяют должное внимание использованию адаптивной физической культуры. Установлено, что комплекс упражнений, предложенный профессором И. С. Рубиновым, позволяет сократить сроки восстановления полноценной функции жевательного аппарата.

Контакт: vladimirpiter@mail.ru

Application of APC in the course of treatment and rehabilitation of sick senior age groups with diseases of a temporomandibular joint

Dr. Iordanishvili A. K., Professor, Northwestern State Medical University Mechnikov, St. Petersburg.
Samsonov V. V., MD; Serikov A. A., MD; Soldatova L. N., PhD,
St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology.

Keywords: adaptive physical culture, medical physical training, anatomy of human, temporomandibular joint, gerontostomatology.

Abstract. Results of rehabilitation of patients of the senior age groups suffering from various clinical forms of diseases of a temporomandibular joint, in out-patient and polyclinic establishments. It is shown that doctors not always at complex therapy of patients with pathology of a temporomandibular joint give due consideration to use of adaptive physical culture. It is established that the complex of exercises offered by professor I. S. Rubinov, allows to reduce terms of restoration of high-grade function of the chewing device.

Введение

Интерес к разделу стоматологии, изучающему заболевания височно-

нижнечелюстного сустава (стоматологическая артрология), объясняется значительной распространенностью

данной патологии: ее симптомы встречаются у 25 – 80% населения [1, 3, 9] и являются одной из наиболее

частых причин обращения пациентов в стоматологические амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ). Особое значение эта проблема имеет в аспекте геронтостоматологии в связи с увеличением в настоящее время доли пожилых людей в большинстве развитых стран мира, а также среди пациентов стоматологических амбулаторно-поликлинических учреждений. По данным международной статистики только за вторую половину прошедшего столетия средняя продолжительность жизни на Земле возросла на 20 лет, и к 2005 году более 1 миллиарда человек перешагнуло 60 летний рубеж. В России, по прогнозам, с 2006 года число пенсионеров будет очень активно расти и к 2016 году составит более четверти от всего населения России. Исследования отечественных и зарубежных ученых показали неудовлетворительное состояние стоматологического здоровья у пациентов пожилого и старческого возраста. По данным Л. Н. Солдатовой (2011), более 62% пожилых людей имеют один или более симптомов патологических изменений в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Надо иметь в виду, что у людей старших возрастных групп, страдающих коморбидной патологией, развивающиеся в ВНЧС патологические изменения могут быть вызваны различными причинами или их сочетанием, что определяется разнообразием клинических проявлений заболеваний ВНЧС. ВНЧС имеет сложное строение, а современные методы диагностики, имеющиеся в лечебно-профилактических амбулаторно-поликлинических учреждениях, не всегда позволяют выявить патологию и степень функционального нарушения. В тоже время в литературе все чаще появляются сведения об эффективности функциональной терапии, главным образом, адаптивной физической культуры при заболеваниях ВНЧС.

Цель исследования

Определить место адаптивной физической культуры среди различных методов лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста в амбулаторно-поликлинических стоматологических учреждениях и наметить пути к её широкому применению в практическом здравоохранении.

Материалы и методы

Материалом исследования являлись пациенты в возрасте от 61 до 89 лет, получавшие амбулаторное лечение по поводу различных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (болевая дисфункция ВНЧС, артоз, артозо-артрит). Обследуемые люди были разделены на 2 группы обследования: контрольная (КГ) – 11 пациентов (7 женщин, 4 мужчины), пациенты которой получали комплексное лечение; основная (ОГ) – 22 человека (13 женщин и 9 мужчин), которые в дополнение к традиционному лечению выполняли комплекс упражнений миогимнастики по методике И. С. Рубинова. Распределение групп обследуемых по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Таблица 1
Распределение обследуемых групп
по полу и возрасту, n (чел.)

Возраст	Пол	КГ (n=11)	ОГ (n=22)	Всего
Пожилой	муж.	3	6	22
	жен.	4	9	(66,7%)
Старческий	муж.	1	3	11
	жен.	3	4	(33,3%)

Из 33 обследуемых лиц – 5 человек (15,2%) являлись инвалидами 2-й группы, а сопутствующую соматическую патологию имели все лица пожилого и старческого возраста, подвергнутые клиническому исследованию, 15 (45,5%) из них имели одновременно 3-5 сопутствующих заболеваний внутренних органов и систем организма.

Следует подчеркнуть, что объективно вопросы функциональной патологии и терапии ВНЧС начаты в Ленинграде профессором И. С. Рубиновым, который путём использования предложенной им методики мастикациографии показал, что щелканье ВНЧС зависит от характера сочетания открывания рта с перемещением суставной головки вперед. А при шарнирных движениях нижней челюсти во время действия межчелюстной резиновой тяги (то есть при открывании рта без выдвижения суставной головки вперед), щелканья не отмечается. На основании анализа механизма патологии ВНЧС проф. И. С. Рубиновым была предложена следующая тактика функциональной терапии: дозированные упражнения открывания рта без выдвижения нижней челюсти. Для этого больной кулаком производит давление на под-

бородок с таким расчетом, чтобы силы передавались через суставную головку на заднюю стенку мениска, к основанию суставной ямки (рис. 1).

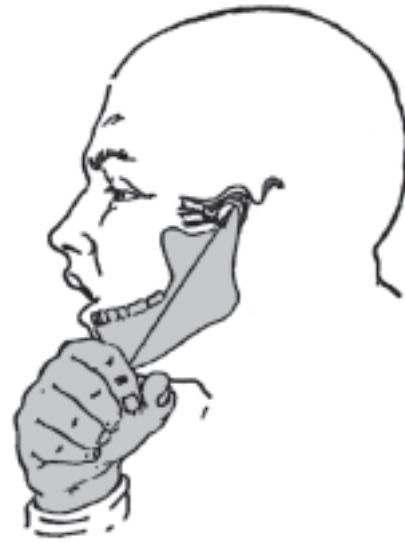


Рис. 1. Схема упражнений открывания рта без выдвижения нижней челюсти (по И. С. Рубинову).

Такие упражнения было рекомендовано выполнять несколько раз в день по 3 – 5 мин. Через 4 – 6 недель после дозированных упражнений явления щелкания в суставе прекращаются. Эффективность адаптивной физической культуры при заболеваниях ВНЧС неоднократно подтверждалась многими учеными [2, 5 – 8]. Были попытки специалистов усовершенствовать миогимнастику И. С. Рубинова. Целью этих предложений явилась выработка у больного, не только шарнирного типа движений нижней челюсти, но и устранения патологического смещения нижней челюсти [4]. Однако выполнение этих упражнений, по нашему мнению, необходимо осуществлять в присутствии специалиста по лечебной физкультуре, из-за возможности осложнений, возникающих вследствие чрезмерного смещения нижней челюсти во время выполнения упражнений по указанной методике.

В процессе динамического наблюдения был использован индексный способ оценки степени тяжести заболевания ВНЧС (Л. Н. Солдатова, 2011), который учитывает следующие симптомы и их оценку в баллах:

1. **Открывание рта:** свободное – 0; ограниченное – 1; затрудненное – 5.

2. **Наличие девиации нижней челюсти при открывании и закрывании рта:** опускание нижней челюсти по средней линии или незначительное

её боковое смещение до 2 мм – 0; девиация нижней челюсти более 2 мм – 1; девиация нижней челюсти и (или) кратковременное блокирование движений в ВНЧС – 5.

3. Наличие звуковых феноменов в области ВНЧС при движении нижней челюсти: отсутствие звуковых феноменов или шум трения суставных поверхностей – 0; звуковые феномены (крепитация, хруст, щелканье) определяемые с использованием фонендоскопа – 1, звуковые феномены (крепитация, хруст, щелканье) определяемые без использования фонендоскопа – 5.

4. Суставная боль в состоянии физиологического покоя нижней челюсти: боль при пальпации ВНЧС отсутствует – 0; сустав болезненный при пальпации снаружи (справа и/или слева) – 1; сустав болезненный при пальпации (справа и/или слева) через переднюю стенку наружного слухового прохода – 5.

5. Болевой синдром при движении нижней челюсти: отсутствует – 0; при максимальном открывании рта или еде – 1; в покое, при движениях нижней челюсти и (или) разговоре – 5.

Осуществляли подсчет баллов в сумме и оценивали степень тяжести течения заболевания ВНЧС исходя из полученной суммы баллов: 0 – нет заболевания; 1 – 4 балла – легкая степень тяжести заболевания; 5 – 9 баллов – заболевание средней тяжести; 10 – 25 баллов – тяжелая степень заболевания ВНЧС.

Эффективность лечения оценивали по формуле:

$$\text{Эффективность (\%)} = 100 \cdot (A-B)/A,$$

где А – сумма баллов при клинической оценке тяжести заболевания ВНЧС до начала лечения; В – сумма баллов при клинической оценке тяжести заболевания ВНЧС после проведенного лечения.

Результаты и их обсуждение

Динамическим наблюдением было охвачено 33 пациента старших возрастных групп с частичным или полным отсутствием зубов и заболеваниями ВНЧС (дисфункция, артроз, артрозо-артрит), которые при клиническом осмотре предъявляли жалобы в связи с патологией ВНЧС.

Пациенты пожилого и старческого возраста обеих групп предъявляли жалобы на чувство дискомфорта, боль в области ВНЧС и боковых поверхностей лица, затрудненное откусывание при наличии зубов, ограни-

чение движения нижней челюсти, хруст, щелканье, быструю утомляемость жевательной мускулатуры при разговоре и во время еды.

Перед проведением комплексного лечения больных пожилого и старческого возраста была оценена степень тяжести имеющегося заболевания височно-нижнечелюстного сустава. У большинства пациентов обеих групп (54,5% – в контрольной и 45,5% – в основной) установлена средняя степень тяжести течения заболевания ВНЧС (табл. 2). Тяжелое течение заболевания ВНЧС установили у 7 пациентов (2 человека из контрольной группы, 5 – из основной), у которых при индексной оценке степени тяжести заболевания ВНЧС сумма баллов составила 11 – 23 балла.

Таблица 2
Оценка тяжести заболеваний ВНЧС
до начала лечения по группам
исследования, н (%)

Группы	Степень тяжести заболевания		
	легкая	средняя	тяжелая
КГ	3 (27,3%)	6 (54,5%)	2 (18,2%)
ОГ	7 (31,8%)	10 (45,5%)	5 (22,7%)

Пациентам обеих групп проведено комплексное лечение, включающее в себя: рациональное зубное протезирование; ограничение широкого открывания рта; ношение теменно-подбородочной повязки во время сна; по показаниям – нестероидные противовоспалительные препараты и анальгетики; физиотерапевтические процедуры.

Больным основной группы дополнительно рекомендовалось выполнять миогимнастику по И. С. Рубинову в течение 3 – 5 минут 3 раза в день.

Эффективность проведенного лечения оценивалась через месяц от начала терапии. При объективном обследовании установлено, что у большинства пациентов исчезли боли, и уменьшилась интенсивность звуковых феноменов в области ВНЧС, увеличилась амплитуда открывания рта и боковых движений нижней челюсти. У большинства пациентов степень течения заболевания ВНЧС оценена как «легкая» (63,6% случаев в контрольной группе, 59,1% – в основной), при этом ни один пациент не был отнесен в группу с тяжелым течением заболевания ВНЧС (табл. 3).

Эффективность лечения в контрольной группе составила 67 – 72%, в основной 71 – 75%. Оценивая по-

лученные результаты мы пришли к выводу, что эффективность лечения заболеваний ВНЧС у лиц пожилого и старческого возраста повышается при включении миогимнастики по методике И. С. Рубинова в комплексную терапию.

Таблица 3
Оценка тяжести заболеваний ВНЧС
после проведённого лечения
по группам исследования, н (%)

Группы	Степень тяжести заболевания		
	легкая	средняя	тяжелая
КГ	7 (63,6%)	4 (36,4%)	–
ОГ	13 (59,1%)	9 (40,9%)	–

Заключение

Врачи амбулаторно-поликлинических учреждений недостаточно уделяют внимание адаптивной физической культуре при лечении геронтостоматологических больных страдающих заболеваниями ВНЧС. Повышение эффективности комплексного лечения заболеваний ВНЧС у лиц пожилого и старческого возраста возможно путем широкого применения адаптивной физической культуры, что не связано с необходимостью внедрения новой дорогостоящей техники или аппаратуры и может быть реализовано в короткие сроки при усилении внутриведомственного контроля над качеством медицинской помощи людям данной возрастной категории.

Литература

1. Бульчева Е. А. Дифференцированный подход к разработке патогенетической терапии больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, осложненной гипертонией жевательных мышц: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб.: ГОУ ВПО СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, 2010. – 31 с.
2. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в амбулаторно-поликлинических учреждениях / А. К. Иорданишивили, В. Б. Самсонов, А. А. Сериков, Л. Н. Солдатова. – СПб.: Нордмединдат, 2012. – 132 с.
3. Иорданишивили А. К. Клиническая ортопедическая стоматология. - М.: МедПресс, 2007. – 250 с.
4. Костур Б. К. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в клинике ортопедической стоматологии: метод. Рекомендации / Б. К. Костур, В. А. Миняева, О. В. Минина. – Л.: ГУЗЛ – 1 ЛОТКЗМИ им. акад. И. П. Павлова, 1981. – 16 с.
5. Лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у людей пожилого и старческого возраста: методические рекомендации для врачей стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов / А. К. Иорданишивили, Г. А. Рыжак, В. Б. Самсонов, Л. Н. Солдатова. – СПб.: Нордмединдат, 2012. – 10 с.
6. Прогнозирование, оценка степени тяжести течения и эффективности лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава: учебное пособие/А. К. Иорданишивили, Г. А. Рыжак, Л. Н. Солдатова, А. А. Сериков, В. В. Самсонов. – СПб.: Нордмединдат, 2012. – 20 с.
7. Рубинов И. С. Физиологические основы стоматологии / И. С. Рубинов. – Л.: Медицина, 1965. – с. 313 – 321.
8. Солдатова Л. Н. Возрастные особенности патологии височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц и их лечение: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2011. – 25 с.
9. Хватова В. А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии: Руководство. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. – 276 с.

Оптимизация процесса постнагрузочного восстановления футболистов-ампутантов с учетом характерных изменений психологического и физического состояния

Ряпина В. О., старший преподаватель;

Суцилин А. А., доктор педагогических наук, профессор, академик международной академии наук педагогического образования;

Емельянова Л. А., доктор медицинских наук, доцент;

Волгоградская государственная академия физической культуры.

Ключевые слова: футболисты-ампутанты, тренировочные нагрузки, функция культи, психологический статус, постнагрузочное восстановление, вибротерапия, видеопсихотренинг.

Аннотация. Исследование процессов восстановления изменений в организме футболистов-ампутантов: локального утомления культи и психологической дезадаптации. Использованы методы вибромассажа ампутационной культи и психологического воздействия на ампутанта методом психотерапии на основе киносъемки тренировочных игр. Результаты показали эффективность оптимизации постнагрузочного восстановления.

Контакт: ivanovin1953@mail.ru, gafk@vlink.ru

Optimizing the process of post-load recovery of amputee soccer players with regard to changes in their mental and physical condition

Ryapina V. O., Senior Lecturer;

Dr. Suchilin A. A., Professor, academician of the International Academy of Science Teacher Education;

Dr. Emelyanova L. A., DM, Assistant Professor

The Volgograd State Academy of physical education

Keywords: Football-amputees, training load, the function of the stump, psychological status, post-load recovery, sismotherapy, videopsihotrenin.

Abstract. Study the processes of recovery of changes in the body footballers-amputees: local-fatigue stump and psychological maladjustment. The methods of sismotherapy amputation stump and the psychological impact on amputee method of psychotherapy based on the filming of training games. The results have shown the effectiveness of optimization post-loads recovery.

Введение

Современный «Isod-futbool» характеризуется напряженностью игровых действий, требующих от спортсмена максимальных мышечных усилий и умения проявлять их в быстро изменяющейся обстановке.

Вместе с этим ампутация конечностей и связанное с этим уменьшение массы тела, сосудистого русла, рецепторных полей, сопровождаются выраженным нарушениями статико-динамической функции, гипокинезией, стрессом, что в целом оказывает заметное влияние на физическое состояние организма [3, 5]. Помимо этого у инвалида имеются признаки психологической дезадаптации, связанные с переживаниями физической ущербности и неудачами на тренировках и соревнованиях в силу физической несостоятельности [1].

Тем не менее, спорт инвалидов существует и развивается во всем мире.

Волгоград не является исключением. 23 февраля 1998 года в городе была организована футбольная команда инвалидов-ампутантов «СКИ-Академия» на базе областного спортивного клуба инвалидов. В историю Российской инвалидного спорта она вошла своими победами: в 2000-м – серебреная медаль, завоеванная в Кубке и первенстве страны, в 2002 году команда стала бронзовым призером Чемпионата мира, в 2003 году – серебряными призерами Европы. Однако в последнее время спортивные достижения команды имеют явную тенденцию к ухудшению.

Необходимость показывать все более высокие спортивные результаты требовали увеличения физических нагрузок, что было затруднительно в силу ограничений со стороны здоровья.

В связи с этим возникает вопрос: «Каким образом у ампутантов осуществлять дальнейшее совершенствование состояния тренированности и улучшения спортивной формы, если возможность наращивания тренировочных нагрузок лимитирована состоянием здоровья»

Мы считаем, что в данной ситуации эквивалентом наращивания тренировочных нагрузок, является разработка научно обоснованных методов оптимизации процессов восстановления [2, 6].

По мнению специалистов, создание адекватных условий для протекания восстановительных процессов у инвалидов-ампутантов может осуществляться в двух направлениях: совершенствование физического состояния, за счет улучшения функции инвалидизирующего фактора, в частности культи и восстановления психологического статуса, за счет уменьшения влияния невротизирующей ситуации (ампутация конечности).

При этом функция культи определяется в основном сократительной способностью мышц при фантомных движениях, тонусом этих мышц, состоянием мышечного кровотока [13]. Неадекватность физической нагрузки у ампутантов проявляется постнагрузочной ишемией культи, как показателя состояния локального мышечного переутомления [12].

Приведенные выше данные указывают на то, что при выборе восстановительных средств необходимо учитывать тот факт, что коррекция ишемических нарушений в нижних конечностях должна базироваться на ослаблении сосудосуживающего действия норадреналина. Из всех имеющихся средств восстановления спортивной работоспособности такими свойствами обладает вибрационная терапия. Вибрационному воздействию свойственно повышение порога чувствительности моторнейронов к симпатическим стимулам, т. е. все эффекты вибротерапии имеют специфическую направленность на блокаду механизмов локального мышечного утомления [7].

Что же касается второго фактора, обуславливающего степень утомления ампутанта на тренировках, а именно явлений психологической

дезадаптации, то практика показывает, что у инвалидов с ампутированной конечностью в 80% случаев ее проявлением является астено-депрессивный синдром [1].

В связи с этим становится очевидной необходимость разработки методов психорегулирующего воздействия, учитывающих как фоновые свойства личности, связанные с переживаниями физической ущербности, так и с явлениями психического утомления на тренировках [11].

Чаще всего среди методов психотерапии инвалидов с ампутацией конечности используется психорелаксация [10, 14]. Однако большинство ученых признают недостаточное влияние данного вида психотренинга на уровень тревожно-депрессивных расстройств.

В связи с этим нам представляется перспективной разработка методов психокоррекции, в которых в качестве главного инструмента терапевтического воздействия используется «ориентация на деятельность», являющуюся для субъекта ведущей жизненной целью [8].

Для спортсменов-ампутантов этим смыслом жизни является, конечно, футбол.

Современная психотерапия обладает достаточным арсеналом средств, позволяющих базировать её на визуальном контроле модели необходимых действий. Влияние технологических достижений цивилизации и средств современной коммуникации: компьютерных технологий, видео-, кино- и телетрансляций позволяет расширить арсенал разработок по их направленному использованию, как средств мощного воздействия на личность [4]. Мы считаем, что киносъемка тренировочного процесса с направленной психотерапией тренера позволит сформировать у ампутанта новую модель поведения, приводящую к успеху на тренировках и соревнованиях.

Цель исследования – оптимизация процесса постнагрузочного восстановления футболистов-ампутантов с учетом особенностей их физического состояния, определяющегося функцией культуры и психологического статуса, характеризующегося астено-депрессивным синдромом.

Представляемую выборку составили спортсмены команды «СКИ-Академия» в количестве 12 человек. Возраст обследованных был в пределах от 20-ти до 42-х лет. С ампутацией бедра было 5 чел., голени – 6 чел., плеча – 1 чел. (вратарь). Все испытуемые имели квалификацию МСМК.

Сборная обследовалась в течение предсоревновательного этапа годового тренировочного макроцикла. При этом первое обследование для контроля видеопсихотренинга проводилось до начала апробации разработанной методики. Второе и третье обследования проводились последовательно в динамике 2-х недель в первый день каждой из них.

Курс лечения вибротерапии составлял 12–15 процедур с ежедневными манипуляциями. Повторные курсы проводились через каждые 3 недели на протяжении всего предсоревновательного этапа.

Ввиду уникальности изучаемого контингента лиц контрольной группы не было.

Доказательные методы были следующими:

1. Контроль эффективности авторской методики вибромассажа для восстановления функционального состояния культуры у инвалидов изучали методом динамометрии при положении спортсмена лежа на спине и направлении тяги груза вниз, выносивость мышц определяли по времени спада максимальной силы на 50% от исходного уровня [12, 13].

2. Методы психологического тестирования были следующие:

- тест «MMPI» в сокращенном варианте, предложенным Kincannon L. Y. в 1968 году и обозначенный им как «Mini-mult» [10];
- тест «госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS), разработанной в 1983 году Ligmona J. S. и Shaithi R. P. [9].

3. Полноценность постнагрузочного восстановления оценивали по степени возврата параметров контрольных методов к исходным значениям через 48 часов после тренировки.

вочной нагрузки, а также по количественным показателям соревновательной деятельности в футболе.

Методики оптимизации постнагрузочного восстановления футболистов

Методика вибротерапии

За последние 3 года нами разработан и апробирован оригинальный метод вибротерапии, основанный на применении механической вибрации с меняющейся точкой приложения и частотой от 20 Гц до 100 Гц. Использовался аппарат ВМП-1 с 5 вибронасадками различной площади и формы с диаметром от 3 до 20 см, амплитудой 0,2–0,5 мм.

Методика сегментарного массажа была следующей: вначале проводился диагностический ручной массаж (2–3 мин). Затем – подготовительный точечный массаж с использованием точек общего воздействия: Gi-4, 10, 11; E 36; T 4-14; MS-6; P-6. Основная часть методики включала вибромассаж всей площади заданного сегмента, с помощью вибронасадки площадью 12–46 мм², время процедуры – 8–12 мин. В заключение сеанса проводилась акупунктура вибростержнем с диаметром 2 мм, при этом использовались 2–18 точек, суммарное воздействие составляло 10–12 минут. Частота вибрации – 36 Гц с амплитудой 0,5–2 мм. В методику вибропунктуры входили следующие точки: сю-чан-шу, гуань-юань-шу, ци-хай-шу, хуань-тяо, чэн-фу-чэн-шань, хэ-ян.

Методика видеопсихотерапии

В основу разработанной методики видеопсихотерапии была положена киносъемка тренировочного занятия с последующим совместным просмотром и комментариями тренера психотерапевтической направленности. Структура и содержание психотренинга было следующим:

1. Вводная часть, предполагающая установку на действие.

2. Основная часть, основанная на обсуждении хода тренировки.

3. Заключительная часть выявляла качество обратной связи с испытуемым.

Акцент проводился на следующее:

1. Выявлялись расхождения между представлениями спортсмена и тренера по технике игры.

2. Демонстрировались печальные результаты инактивного действия во время тренировки в позитивном ключе.

3. Подчеркивались положительные результаты тренировочных действий. При этом внимание акцентировалось на достижениях, если даже это были «малые победы».

Таким образом, видеоматериалы служили футболисту-ампутанту визуальной опорой и поддержкой, подкрепляли мотивировочный стимул к победе.

Результаты исследования

Полученные данные изложены ниже (табл. 1–3 и рис. 1, 2).

до начала вибромассажа они составляли всего 53%.

Все приведенные данные означают, что вибромассаж существенно изменяет функцию мышц усеченной конечности, приближая её по силовым факторам к здоровой.

Полученные сведения по апробации авторской методики видеопсихотренинга у футболистов-ампутантов представлены в виде графиков теста «Mini-mult» в динамике начального и заключительного этапов предсоревновательного периода тренировок. При анализе графика теста выяснилось, что все футболисты, вошедшие в сборную Волгограда,

нуль лабильность 1–3-й шкал положительной направленности.

Второй и третий сеансы видеосоинформационной психотерапии продолжили тенденцию к нормализации психологического состояния спортсменов, наметившуюся после первого психотерапевтического вмешательства.

Итоговая оценка баллов теста «HADS» по синдромам депрессии и тревоги в динамике трех недель тренировок показывает, снижение невротизации с уровня выраженных нарушений (12, 14 баллов) до уровня легких (8, 4 – 3 балла).

Таким образом, результаты четырехкратного тестирования по систе-

Таблица 1

Показатели силы и выносливости сгибателей и разгибателей бедра усеченной и неусеченной нижних конечностей в динамике проведения восстановительной вибротерапии

Показатели силы и выносливости мышц	Система регистрации показателей					
	1-я контрольная тренировка		2-я контрольная тренировка		P1-3	
	до начала	после окончания	до начала	после окончания		
Сила мышц сгибателей культи (кг)	2,01±0,06	1,06±0,04	2,98±0,07	1,71±0,05	<0,05	>0,05
Сила мышц разгибателей культи (кг)	2,06±0,06	1,71±0,05	2,46±0,07	1,81±0,06	>0,05	>0,05
Сила мышц сгибателей бедра (кг)	8,26±0,09	7,28±0,09	8,46±1,02	7,21±1,01	>0,05	>0,05
Сила мышц разгибателей бедра (кг)	6,08±0,09	5,26±0,08	6,26±0,08	5,46±0,07	>0,05	>0,05
Выносливость мышц сгибателей культи (с)	7,51±0,11	2,54±0,06	9,91±0,12	7,52±0,09	<0,05	<0,05
Выносливость мышц разгибателей культи (с)	5,46±0,08	4,62±0,07	8,28±0,09	6,17±0,08	<0,05	<0,05
Выносливость мышц сгибателей бедра (с)	18,21±0,12	14,16±0,16	10,26±0,13	16,14±0,17	>0,05	<0,05
Выносливость мышц разгибателей бедра (с)	14,17±0,16	12,21±0,15	18,46±0,12	17,19±0,17	>0,05	>0,05

На рис. 1. представлены итоги тестирования футболистов-ампутантов сборной команды Волгограда по методике «Mini-mult».

Усредненные данные теста «HADS» представлены графически (Рис. 2).

Как следует из табл. 1, после курса вибромассажа интенсивность сокращения сгибателей культи возросла в среднем на 1/3 от исходных данных. Величина сократительной силы разгибателей культи увеличилась на 1/4 часть.

Функция разгибателей культи также улучшилась, поскольку прирост её силы составил 40% от исходной. При этом обнаружен прирост выносливости этих же мышц культи в среднем на 25% сгибателей и 34% – разгибателей. Сравнивая мышцы усеченной и неусеченной конечностей по функции выносливости, следует отметить, что после восстановительных мероприятий показатели мышц сгибателей культи составляли 70% от таковых на здоровой конечности, в то время как

имели примерно однотипный профиль личности с акцентуацией на 1–3-й и 7–8-й шкалах. Основываясь на этих данных, допустимо считать, что у футболистов с ампутированной конечностью имеется высокий уровень тревожности и депрессии, а также ипохондрическая настроенность, что можно объединить в тревожно-депрессивный синдром.

Результаты первого сеанса видеопсихотренинга демонстрировали неизменность седьмой и восьмой шкал и несуществен-

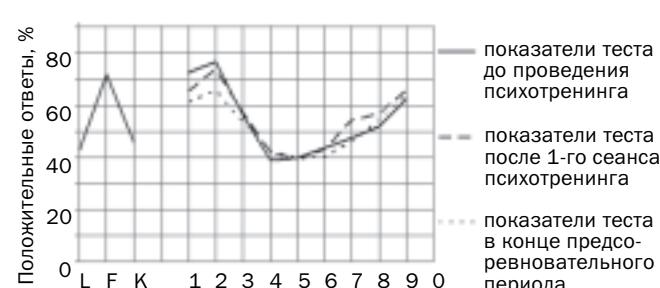


Рис. 1. Усредненный график теста «Mini-mult» футболистов-ампутантов сборной команды «СКИ-Академия» в результате применения восстановительных мероприятий (видеопсихотерапия).

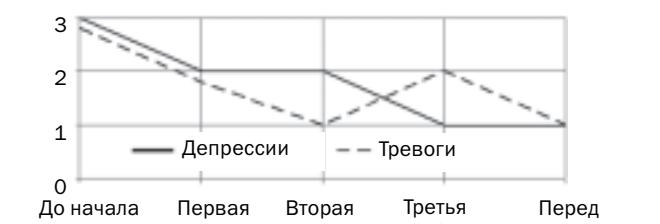


Рис. 2. Усредненный график теста «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» футболистов-ампутантов команды «СКИ-Академия» в результате применения восстановительных мероприятий (видеопсихотерапия).

ме «HADS» демонстрируют повышенные уровни психологических резерв-

вов спортсмена-инвалида под влиянием просмотра видеосъемки с комментариями тренера.

Показатели функциональной подготовленности спортсменов, а также качество игры на соревнованиях можно фиксировать по результатам контрольных игр, отраженных в таблицах 2 и 3, из которых следует, что в итоге дифференцированного применения восстановительных средств ампутанты показали более существенный прирост работоспособности и повышение специальных физических качеств (высота подскока, прыжок в длину и быстрота движений).

Анализ динамики параметров соревновательной деятельности (табл. 3), показал, что наибольший процент брака был зафиксирован в контрольной игре при выполнении передач, ударов по воротам, отборов и перехватов мяча.. Игры футболистов в полуфинале и особенно в финале после полного завершения мероприятий по оптимизации постнагрузочного восстановления продемонстрировали более совершенные показатели соревновательной деятельности

Заключение

Подводя итоги проведенному исследованию, необходимо заметить, что в данной работе приводятся результаты первых, начальных этапов научных разработок в сфере Isod-futbool, касающиеся процессов восстановления явлений, свойственных преимущественно данному контингенту спортсменов (локальное утомление культуры и психологическая депадаптация).

По результатам нашего исследования можно утверждать, что оптимизация постнагрузочного восстановления достаточно эффективно осуществляется с помощью сеансов локальной механической вибрации тканей культуры, а методика психорегулирующих воздействий, основанная на киносъемке профессиональных действий, обеспечивает повышение степени психологической готовности к состязанию и выполнению особо трудных тренировочных заданий.

Таблица 2
Динамика показателей специальной физической работоспособности и подготовленности футболистов-ампутантов в результате оптимизации постнагрузочного восстановления

Показатели работоспособности и физической подготовленности	Этапы восстановительных мероприятий	До контрольной тренировки	После окончания контрольной тренировки	Через 48 часов после тренировки
ЧСС (уд/мин)	До восстановительных мероприятий	69,0±3,46	90,63±2,59	76,88±5,8
Ад ср (мм рт. ст.)		86,63±4,34	95,43±3,96	84,38±2,66
МПК (л/мин)		1,61±0,07	2,01±0,10	1,88±0,08
PWC170 (м/с)		2,17±0,26	1,92±0,59	2,00±0,58
Высота подскока (см)		31,13±2,20	31,17±2,31	33,21±1,94
Прыжок в длину (м)		214,88±10,10	211,25±10,70	213,72±12,12
Быстрота движ. (с)		424,88±14,20	408,25±12,75	410,65±10,16
ЧСС (уд/мин)	После восстановительных мероприятий	70,01±2,14	91,14±2,34	66,17±2,14
Ад ср (мм рт. ст.)		87,16±3,14	94,96±3,74	84,12±2,86
МПК (л/мин)		1,63±0,08	2,03±0,11	1,62±0,09
PWC170 (м/с)		2,19±0,31	1,94±0,61	2,24±0,29
Высота подскока (см)		31,16±2,16	30,18±2,52	31,92±2,19
Прыжок в длину (м)		213,96±11,09	210,04±10,16	214,04±10,19
Быстрота движ. (с)		423,96±13,82	404,28±11,94	428,82±11,96

Таблица 3
Сравнительные данные показатели футбольного матча (контрольная игра/полуфинал/финал)

Показатели	1 тайм 10,18'	2 тайм 5,20'	ИТОГО 15,38'
Передачи точные	72/79/81	73/74/74	145/153/155
Передачи неточные	24/24/22	27/25/28	52/49/50
Удары в створ	3/3/2	7/6/6	10/9/8
Удары мимо	8/6/7	11/11/6	17/17/13
Отбор мяча (+)	29/30/32	33/34/36	62/64/68
Отбор мяча (-)	7/6/5	8/8/12	13/14/17

Литература

- Аракелов Г. Г. Психофизиологический метод оценки тревожности / Г. Г. Аракелов, Н. Е. Лысенко, Е. К. Шотт // Психологический журнал. – Т. 18. – 1997. – № 2. – С. 102-113.
- Выжгин В. А. Динамика постнейгрового восстановления показателей становления квалифицированных футболистов / В. А. Выжгин // Комплексная диагностика и оценка функциональных возможностей организма и механизмы адаптации к напряженной мышечной деятельности высококвалифицированных спортсменов: материалы Всесоюзной научной конференции, Москва, 11-14 окт. 1990 г. – М., 1990. – С. 43-44.
- Дементьева Н. Д. Социокультурная реабилитация инвалидов в системе интеграции их в общество / Н. Д. Дементьева, Т. В. Андреева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 1. – С. 28-30.
- Жданко А. П. Развитие медиакомпетентности учащихся посредством видеосъемки с элементами театрализации / А. П. Жданко // Российский психологический журнал. – Т. 7. – 2010. -№ 2. – С. 9-12.
- Кобзев Ю. А. Некоторые особенности реакции сердечно-сосудистой системы инвалидов-ампутантов, занимающихся спортом, на физическую нагрузку/ Ю. А. Кобзев, В. В. Храмов // Теория и практика физической культуры. – 2002. – № 7. – С. 13-16.
- Николаев В. И. Использование средств восстановления в учебно-тренировочном процессе футболистов / В. Николаев, В. Перепекин // Теория и практика футбола. – 2003. – № 1. – С. 12-13.
- Савченко В. А. Выявление оптимальной частоты вибрационного массажа у футболистов с различными типами гемодинамики // ЛФК и массаж. – 2002. – № 2. – С. 35-38.
- Семенова Н. Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации / Н. Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 1. – С. 52-62.
- Слабинский В. Ю. Основы психотерапии: практическое руководство / В. Ю. Слабинский. – СПб: Наука и техника, 2008. – 464 с.
- Трдатян Н. А. Аутогенный мелодекламационный тренинг в реабилитации больных хроническими соматическими заболеваниями: дис. ... канд. мед. наук, 2010.
- Холмогорова А. Б. Научные исследования процесса психотерапии и ее эффективности: современное состояние проблемы. Часть 2 /А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, И. В. Никитина, О. Д. Пуговкина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – №1. – С. 70-77.
- Шapiro D. M. Отдаленные результаты протезирования инвалидов после ампутации конечности /Д. М. Шапиро, С. Н. Попов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1994. – № 4. – С. 33-34.
- Щуров В. А. Способ оценки биомеханических свойств мягких тканей опорной поверхности культуры. – Т. 12. / В. А. Щуров, Н. В. Сазонова, И. В. Щуров // Российский журнал биомеханики. – 2008. – № 4. – С. 47-52.
- Языкова Т. А. Влияние дыхательно-релаксационного тренинга на психологические резервы пациентов с хроническими соматическими заболеваниями / Т. А. Языкова, Т. А. Айвазян, В. П. Зайцев // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2010. – № 8. – С. 43-44.

Взгляд на проблему формирования у больного специальных знаний как основы системных связей реабилитолога и пациента

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

Северо-Кавказский федеральный университет, г. Ставрополь

Ключевые слова: остеоартроз, реабилитолог, пациент, образование, мотивы, потребности

Аннотация. В статье рассматриваются интеллектуальные основы системы «реабилитолог-пациент». Целенаправленное формирование общих специальных знаний у больного представлено как основа создания эффективного языка общения с реабилитологом и как база развития осознанных мотивов и потребностей у пациента в успешном участии при устранении собственной патологии. Формирование элементарных специальных знаний у больного рассматривается как предпосылка целенаправленного, грамотного осуществления процесса самореабилитации по индивидуальным программам при контроле и коррекции со стороны реабилитолога.

Контакт: woolf87@inbox.ru

A look at the problem of forming the patient's specific knowledge as the foundation links a rehabilitologist and patient

Dr. Kurys V. N., Professor, Doctor of Biology.
Misyukov V. V., postgraduate student

North-Caucasian Federal University, Stavropol

Keywords: osteoarthritis, rehabilitator, patient, education, motivation, needs.

Abstract. This article discusses the intellectual foundations of the system «in rehabilitologist - the patient». The purposeful creation of common expertise in the patient presented as a basis for an effective common language with rehabilitologists and how to base the development of a conscious motives and needs of the patient in the successful participation in the elimination of their own pathology. Formation of elementary special knowledge the patient is considered as a prerequisite for a focused, competent implementation of the rehabilitation process itself on individual programs for the control and correction of the rehabilitologist.

По данным официальной статистики в Российской Федерации наблюдается тенденция роста удельного веса заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата, как в старших, так и в средних возрастных группах населения. Это послужило основанием для рассмотрения проблемы болезней опорно-двигательной системы на уровне Всемирной Организации Здравоохранения, которая объявила 2000-2010 гг. «Международным десятилетием болезней костей и суставов» [1].

Остеоартроз является одной из наиболее распространенных патологий группы костно-мышечных заболеваний. Неуклонный рост числа пациентов, страдающих этим заболеванием, свидетельствует о существующих неразрешенных проблемах в процессе лечения и восстановления лиц с артозом [2]. Больные остеоартрозом испытывают затруднения в передвижении, самообслуживании, ограничения в социальных взаимодействиях, а с повышением степени инвалидности – и в контактах даже

с близкими людьми. Согласно данным исследования, проведенного Б. Москалевич (2001), «многие из них живут вне гласного русла жизни или даже в определенной общественной изоляции» [3].

В последние годы в зарубежной практике посвящение больных в область собственной патологии стало обязательным элементом реабилитационного процесса при хронических заболеваниях (таких как остеопороз, астма, ревматоидный артрит и др.) [4]. Изучение трудов отечественных ученых в области спортивной медицины за последнее десятилетие позволило отметить, что в Российской Федерации явно недостаточно внимания уделяется формированию знаний у пациентов о патологиях опорно-двигательного аппарата [5, 6, 7]. Попытки элементарного образования больных предпринимаются в настоящее время достаточно широко, в основном, достаточно распространенной патологией: например, образование больных с артериальной гипертонией стало предметом одной из го-

сударственных программ. Многочисленные «астма-школы» и «школы» для больных диабетом призваны через улучшение медицинской осведомленности оптимизировать лечебный процесс, и что, важно, осуществлять профилактику заболеваний.

Мы полагаем, что формирование знаний у лиц с патологией крупного сустава должно быть направлено на появление общего языка общения между пациентами и реабилитологом, как основы осознанного участия больного в процессе восстановления. Это, на наш взгляд, будет способствовать пониманию пациентом сути своей патологии и формированию представлений о средствах и способах реабилитации и самореабилитации. В процессе лечения пациент и реабилитолог должны создать своеобразный творческий союз в борьбе с патологией. Такой контакт напрямую с больным, с анализом конкретных реабилитационных ситуаций, позволяет добиться стойкого усвоения знаний, сформированности способов познания о сути болезни и борьбы с нею, достижения готовности к сотрудничеству с лечащим врачом и появления личной ответственности пациента за результаты терапии.

Уровень осведомленности населения о вредных для здоровья факторах в целом невысок. По данным некоторых исследований, пациенты не имеют информации не только о методах устранения своей патологии, но и не знакомы с побочными эффектами применяемого лечения [8]. Более того, они не располагают достаточными знаниями о естественных способах восстановления, которые в настоящее время менее распространены, по сравнению с медикаментозными и хирургическими методами лечения. Это свидетельствует о том, что овладение специально созданными образовательными программами в процессе лечебных мероприятий и повышение информированности населения о факторах риска ревматологических заболеваний (таких как артоз, артрит, остеохондроз и др.), является непростой и важной задачей реабилитолога в процессе восстановления двигательных функций пациента.

В результате исследования состояния проблемы системной взаимосвязи лечащего врача (реабилитолога) и пациента, как основы совместного активного участия в ликвидации патологии выявлен ряд противоречий, которые требуют разрешения. Среди них – безусловная целесообразность получения пациентами с патологиями опорно-двигательного аппарата общих системных медицинских знаний по проблемам своего здоровья, как предпосылки осознанного участия в процессе ликвидации патологии с одной стороны и практическое отсутствие в процессе лечения организованных форм целенаправленного формирования знаний у больных. Существует явная потребность активного, целесообразного, осознанного участия пациента в процессе реабилитации, но при этом отсутствуют организационные и содержательные предпосылки формирования мотивов и потребностей для участия пациента в этом процессе, основанных на приобретенных системных знаниях. Со стороны реабилитолога, как правило, проявляется потребность в получении возможно точной информации от пациента об особенностях лечебного воздействия, как основы внесения коррекции в этот процесс, но при этом имеется недостаточная осведомленность больного о сущности своей патологии, технологиях лечебного воздействия, как предпосылки появления эффективной обратной связи с реабилитологом. Проблема формирования целесообразного, активного и эффективного участия пациента в ликвидации собственной патологии на основе полученных знаний осознанных мотивов и потребностей в этой деятельности, обусловлена отсутствием в реабилитационном процессе реальных интеллектуальных и организационных оснований для осуществления этого процесса. Мы убеждены в необходимости формирования в пациенте союзника, единомышленника реабилитолога для решения проблемы патологии, но при этом, констатируем отсутствие, как правило, значимой, образовательной основы такого взаимодействия. В лечебно-педагогическом сообществе появляется тенденция к реабилитаци-

онной деятельности в интеллектуальном содружестве с пациентом, но при этом, отсутствует научно-обоснованное программное обеспечение процесса формирования специальных знаний у пациентов, что следует отнести к одной из частных проблем сферы лечебной и адаптивной физической культуры.

Установленные противоречия позволяют очертить контуры проблемы, в рамках которой целесообразно развивать тему данного исследования. Она заключается в теоретико-методологическом содержательном и организационном обеспечении процесса общего образования пациентов по предмету их патологий, как основы создания творческого союза больного и реабилитолога, и что очень важно, в формировании прямой и обратной связи в системе «реабилитолог-пациент», как непременного условия целесообразной коррекции лечебного процесса, а, в конечном счете, его эффективности.

В настоящее время одним из основных источников познания пациента обремененного остеоартрозом причин заболевания, механизмов течения, способов и методов восстановления являются интернет-ресурсы, которые зачастую содержат, в основном, ненаучную, чрезмерно обобщенную и часто недостоверную информацию. Это не способствует адекватной оценке методов лечения, что приводит пациента в замешательство и способствует примитивному представлению о применяемых методах лечения, а, в конечном счете, к неконструктивному участию в этом процессе. Так, Beall M. C. выявил, что никто из тех пациентов, пользующихся интернет-ресурсами, не выразил беспокойства относительно достоверности полученного материала [9]. Это свидетельствует о широком, интеллектуально обеспеченном информационном поле, позволяющем сравнивать, оценивать информацию, делать обоснованный выбор в собственной деятельности.

Несмотря на создание в регионах России «Школ ревматологических больных», в которых применяются регламентирующие материалы [10], следует констатировать, что на сегодняшний день организационно-мето-

дическое обеспечение не может удовлетворить запросы практики реабилитации. Также существуют «интернет-школы артроза», которые призывают к сотрудничеству пациента и врача. Их цель – дать человеку с патологией общую информацию о суставах, об основном недуге суставов – артозе, о том, как избежать заболевания и как с ним бороться. По нашему мнению, такая дистанционная форма обучения, безусловно, имеет право на существование, но далеко не в полной мере способствует привлечению пациентов к самореабилитации, поскольку в ней отсутствует реальная прямая интеллектуально-коррекционная связь между реабилитологом и пациентом. Несмотря на «помолодевший» возраст болезни (от 27,5 до 97% лиц с патологией это пациенты в возрасте от 50 лет [11]), большинство лиц старшего поколения малообразованы в сфере информационных технологий и способах познания. При острой фазе заболевания необходима мобильная адекватная помощь человеку, адаптированная к каждому пациенту в соответствии с личными показателями и существующими противопоказаниями, что несущественно в дистанционном режиме. В интернет-ресурсах не встречаются противопоказания при лечении остеоартроза, что без соответствующей консультации специалиста может привести к прогрессированию течения патологии. Там не менее, существование интернет-школ и других онлайн-ресурсов, безусловно, важно для повышения информированности пациентов при условии совершенствования их функционирования.

Пациент должен знать как о положительных сторонах применения определенного лечения, так и о его недостатках для создания полного представления обо всем процессе лечения. Информация должна быть адаптирована к познавательным возможностям пациентов, не имеющих специальных медицинских знаний. Если при лечении острого состояния ответственность за состояние больного лежит в полной мере на враче, то при профилактическом подходе ответственность должна паритетно, на наш взгляд, ложиться на пациента.

Формирование знаний и способов познания у пациента об эффективном воздействии на патологию должно являться базовой составляющей непрерывного образовательного процесса, связанного с человеком, его здоровьем в онтогенетическом аспекте в процессе восстановления человека с патологией (остеоартрозом). Реабилитолог, полагаем, должен нести функцию педагога, формировать знания пациента с целью получения единомышленника со стороны больного. Сотрудничество пациента и врача – это психологическое единство, которое определяет процесс лечения, прогноз и результат восстановления. Даже при точной диагностике и грамотно назначенному процессе лечения его эффективность будет низкой, если пациент не следует назначению и внутренне не участвует в процессе реабилитации.

Мы полагаем, что формирование специальных общих знаний у пациента его лечащим врачом (реабилитологом) должно проходить в индивидуальной форме в соответствии с ходом процесса восстановления пациента к постепенной социальной адаптации его к трудоспособности на основе интеллектуальной специально разработанной и научно обоснованной программы реабилитации. Полагаем, что индивидуальная форма просвещения пациентов, в отличие от групповой, позволит создать эффективный тандем реабилитолога-педагога и больного основанный на личном взаимодоверии. Единичные исследования зарубежных специалистов о необходимости развития процесса образования пациентов показывают, что просвещение больных с ревматическими заболеваниями в области сути патологии и путей её устранения улучшает физическую и что важно психическую составляющую здоровья больного, и, видимо, приводит к активной адаптации в социуме.

Из отмеченного выше, следует необходимость разработки теоретико-методологического, содержательного и методического обеспечения процесса образования пациента, его экспериментального обоснования в сочетании с применением средств и методов физической культуры при устранении патологий крупных суставов.

По нашему мнению процесс восстановления должен основываться на научно обоснованной программе реабилитации средствами и методами физической культуры в сочетании с образовательным компонентом.

Таким образом, формирование оперативного системного и программно-обеспеченного знания у пациентов должно стать единственной основой создания творческого союза между реабилитологом и больным. Общее образование пациентов в сфере своей патологии, несомненно, будет способствовать созданию и формированию прямой и обратной информационной связи между реабилитологом и пациентом, как основы введения коррекции в реабилитационную деятельность и удвоения борьбы с патологией за счет осознанного активного участия больного в этом процессе.

Литература

- Насонов Е. Л. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям // Русский медицинский журнал, 2002. Т. 10. № 22. – С. 991.
- Алексеева Л. И., Цветкова Е. С. Остеоартроз: из прошлого в будущее // Научно-практическая ревматология, 2009. № 2. – С. 31–37.
- Москалевич Б. И. Ревматические заболевания – проблема, недооцениваемая общественным здравоохранением в Польше. // Науч. практ. ревмат., 2001. № 1. – С. 11–15.
- Виноградова А. С. Роль информации о болезни в системе реабилитации больных остеоартрозом: дис.... канд. мед. наук. Ярославль, 2005. – 125 с.
- Бугаев Б. Г. Ультрафонография бальзама «АРТРО-АКТИВ» в восстановительном лечении больных гонартрозом: автореф. дис... канд. мед. наук. М. 2009. – 24 с.
- Сазонова Н. В. Организация специализированной ортопедической помощи больным остеоартрозами тазобедренного и коленного суставов: автореф. дис.... докт. мед. наук. Курган, 2009. – 48 с.
- Мисько К. В. Связь уровня дегидроэпандростерона сульфата в крови с особенностями остеоартроза: автореф. дис.... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2008 – 23 с.
- Адамова И. В. Технология комплексных занятий оздоровительными видами гимнастики и плавания с женщинами 35–45 лет: дис.... канд. пед. наук. Москва, 2000. – 216 с.
- Beall M. S. 3rd., Beall M. S. Jr., Greenfield M. L., Biermann JS. Patient Internet use in a community outpatient orthopedic practice. Iowa Orthop. J. 2002; 22: 103-107.
- Ребров А. П., Белоусова В. Г., Иnamova O. B. Внедрение программы образования больных в ревматологическом стационаре. / Ребров А. П., Белоусова В. Г., Иnamova O. B. // Научн. практ. ревмат., 2002. № 4. – С. 121.
- Михайлов А. Н., Алешкевич А. И., Фундаментальные и прикладные аспекты этиопатогенеза и клинико-рентгенологической диагностики гонартроза / А. Н. Михайлов, А. И. Алешкевич // Медицинские новости, 2004. N 12. – С. 15-20.

новые публикации



УДК 796

Мини-пите́рбаскет. Правила соревнований. / Пособие для тренеров. Под общей редакцией проф. А. А. Несмеянова – СПб., Галея принт, 2012. – 28 с.: ил.
ISBN 5-8172-0019-8

Правила соревнований по мини-пите́рбаскету предназначены для оказания методической помощи родителям, преподавателям и работникам дошкольных образовательных учреждений в осуществлении физического воспитания детей 4-7 лет и ознакомления с начальным обучением спортивной игре, позволяющей с первых шагов усваивать основы активного образа жизни и формировать интерес детей с раннего возраста к занятиям спортом.

Мини-пите́рбаскет – младший «брать» баскетбола традиционного. Техника движения, управления мячом, основные правила игры одинаковы. Главное, чем эта игра отличается от обычного баскетбола – это то, что она сильнее притягивает, заинтересовывает и интересует юных игроков. Детям приятно просто бросать мяч в корзину, а когда корзин на площадке целых три – удовольствия еще больше.

Мини-пите́рбаскет – это всесторонне развивающая личность командная игра, основанная на общении и сотрудничестве игроков. Она развивает координацию движений, ловкость, точность, меткость глаза, способность определить расстояние и использовать необходимое количество силы для выполнения движения, причем развиваются не только крупные группы мышц, но и мелкие мышцы кисти, увеличивается подвижность пальцев и запястья. Это очень важно для подготовки детей к письменной работе в школе.

При игре в мини-пите́рбаскет у детей больше возможностей направлять мяч в корзину, им не приходится преодолевать расстояние от одной корзины к другой, думать, которая из них принадлежит его команде. Во время тренировки одно и то же задание, не мешая друг другу, может выполнять большее количество детей, поэтому увеличивается моторная сплоченность тренировки, эмоциональная активность.

Мини-пите́рбаскет – это адаптированный к возможностям детей самого младшего возраста вариант игры с мячом, созданный на базе баскетбола. Правила игры предполагают возможность проведения соревнований с детьми 4-7 лет.

новые публикации



УДК 796

Несмейнов А. А., Кобрёлб С. В. Питербаскет-валид. Правила соревнований. / Пособие для тренеров и спортсменов. // Под общей редакцией проф. А. А. Несмейнова – СПб.: Галея принт, 2012. – 46 с.: ил.

Брошюра содержит правила соревнований по новому, претендующему на паралимпийский, виду спорта «Питербаскет-валид», являющемуся одним из видов адаптивного спорта, вариантом баскетбола на колясках.

Тельность, совершенствуют механизмы зрительно-двигательной координации. Всевозможные повороты и вращения улучшают механизмы вестибулярной устойчивости. Действия с мячом повышают тактильную и кинестетическую чувствительность, улучшают быстроту реакции, активизируют работу систем дыхания и кровообращения, положительно сказываются на подвижности в суставах и укреплении связочного аппарата, способствует формированию мышечного корсета. В целом, оказывая комплексное влияние на совершенствование не только двигательной, но и психомоторной функции организма, его эмоциональной и интеллектуальной сферы.

Баскетбол на колясках – это увлекательный, атлетичный, зрелищный, паралимпийский вид спорта. В России в него впервые стали играть в 1990 году. К сожалению, за 20 лет своего развития баскетбол на колясках в нашей стране не получил широкого распространения и на то есть объективные причины.

Импульсом развития баскетбола на колясках может послужить изобретенная в 2002 году в Санкт-Петербурге новая спортивная игра с мячом – питербаскет. И в первую очередь её разновидность – питербаскет-валид (питербаскет для спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата, играющих в баскетбол на колясках).

За время своего существования питербаскет успел «прижиться», освоиться и становиться популярным в Европе. Опробовали питербаскет и спортсмены-колясочники. Сегодня, с энтузиазмом подхваченная из России новинка собирает в Литве и Польше уже сотни и тысячи поклонников.

Публикация правил игры в питербаскет-валид сначала на русском, а в скором времени и на английском языке будет способствовать популяризации этого замечательного баскетбола на колясках.

Питербаскет

в Польше

Профессор Тадеуш Хучиньски, Польша

Контакт: TH@2com.pl



Всем известного как Зиби, стало самым заметным событием турнира. Соревнования проходили по правилам питербаскет-валида и вызвали большой общественный резонанс в СМИ и у спортивной общественности Польши. Автором идеи проведения соревнований по питербаскет-валиду был автор заметки, профессор Тадеуш Хучиньски, главными организаторами Анджей и Анета Квасьевские и Кароль Шиманчик.

Через несколько дней после окончания турнира появились статьи, представляющие Питербаскет в крупной местной газете и на нескольких сайтах, а также в Интернет-ТВ. Во время турнира много обсуждалась дальнейшая концепция развития Питербаскета в Польше, что принесет очередные турниры и игры по этой формуле.

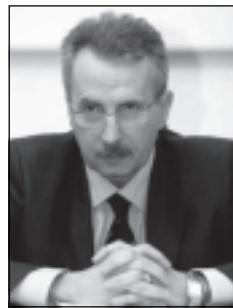
Важным событием, имевшим место примерно в то же время, была лицензионная конференция для тренеров по баскетболу, которая прошла в Катовицах. В ней участвовали более 350 тренеров из всех воеводств. На конференции профессор Хучиньски прочел лекцию на тему нового психосоциального метода формирования и совершенствования спортсмена и команды в баскетболе. Часть сообщения была посвящена Питербаскету: докладчик доказал, что игра по таким

правилам баскетбола, основанным на движении без мяча и большом числе передач, с точки зрения учебной ценности, опережает стритбол.

Профессор Хучиньски сообщил участникам конференции об очередных турнирах по Питербаскету в Польше и призвал всех присутствующих тренеров организовывать подобные мероприятия в своей среде.

Можем сообщить новость – удалось организовать серию турниров по Питербаскету в качестве мероприятий, сопутствующих Чемпионату Европы по футболу (Евро 2012). Надеемся, что болельщики, побывавшие в наших краях, познакомятся и полюбят эту разновидность баскетбола.

19-20 мая 2012 г. в польском городе Гданьске на площади под Эрго Ареной в рамках традиционного Балтийского кубка по стритболу состоялся турнир команд баскетболистов на инвалидных колясках из Констанчина, Варшавы и Ольштына. На специально оборудованной площадке сражались более 300 спортсменов. Пожалуй, это состязание, наряду с визитом Адама Вачиньского (вице-чемпион Польши 2012), Джерела Блассингейма (чемпион Польши), горячего энтузиаста молодежного баскетбола Збышека Был



Несколько слов об авторе:

Профессор Тадеуш Хучиньски тренер класса чемпионов по баскетболу. Кандидатская диссертация: «Экспериментальные исследования на тему отбора и набора мальчиков в баскетбол». Защита докторской диссертации в Санкт-Петербурге, на основе 25-летнего опыта работы в баскетболе. 18 лет работы с женской сборной командой Польши, во времена которых провел 396 матчей, завоевав вице-чемпионство Европы и бронзовую медаль Чемпионата мира.

В 1976 – 2000 гг. руководил профессиональными женскими и мужскими командами по баскетболу – завоевал все медали Чемпионата Польши (некоторые неоднократно), участвовал в 1860 матчах в лиге профессионалов. Всего на протяжении своей тренерской карьеры на высшем уровне провел 2256 матчей.

Опубликовал 22 книги и 20 научных статей. Последняя – в 2012 году: «Психосоциальная обусловленность оптимальной спортивной подготовки в олимпийстве».

Награжден Крестом Кавалера Ордена Возрождения Польши.



Наши авторы

Воронин И. Н., кандидат педагогических наук, доцент. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: Voroshin_igor@mail.ru
Шелков О. М., кандидат педагогических наук, доцент. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: sh_om@rambler.ru
Шевцов А. В., доктор биологических наук, доцент. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: Info@spbniffk.ru
Костюченко О. М., заслуженный тренер России, старший тренер команды России по лёгкой атлетике с поражением ОДА. ПКР. Контакт: SergeiKoralev@gmail.com
Буйлов П. З., заслуженный тренер России, старший тренер команды России по лёгкой атлетике с нарушением зрения. ПКР. Контакт: SergeiKoralev@gmail.com
Васильев В. И., тренер сборной команды России по лёгкой атлетике с поражением ОДА. ПКР. Контакт: SergeiKoralev@gmail.com
Стельник Д. Г., Департамент науки и образования Министерства России. Контакт: SergeiKoralev@gmail.com
Гутников С. В., доцент. Президент спортивной федерации спорта инвалидов Санкт-Петербурга, генеральный директор Специального Олимпийского комитета СПб. Контакт: spbsok@mail.ru
Ессеева О. Э., кандидат педагогических наук, профессор. НГУ им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. Контакт: SergeiKoralev@gmail.com
Кораблёв С. В., научный сотрудник. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: SergeiKoralev@gmail.com
Ессеев С. П., доктор педагогических наук, профессор, директор Департамента науки и образования Министерства России. Контакт: SergeiKoralev@gmail.com
Аксенова Н. Н., преподаватель. НГУ им. П. Ф. Лесгафта, СПб. Контакт: natatkornik@rambler.ru
Луценко С. А., доктор педагогических наук, профессор. Институт специальной педагогики и психологии. Контакт: s.lutsenko48@mail.ru
Барашов О. А., доктор педагогических наук, профессор. Дальневосточный федеральный университет. Контакт: olga-barashov@yandex.ru
Селитренникова Т. А., кандидат педагогических наук, доцент. Филиал Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте России. Контакт: sel.selitrennikoff@yandex.ru
Федякин А. А., доктор педагогических наук, профессор. Сочинский государственный университет туризма и курортного дела. Контакт: faart@mail.ru
Кортава Ж. Г., кандидат педагогических наук, доцент. СГУТИКД. Контакт: faart@mail.ru
Федякина Л. К., кандидат педагогических наук, доцент. СГУТИКД. Контакт: faart@mail.ru
Ростомашвили Л. Н., кандидат педагогических наук, доцент. Институт специальной педагогики и психологии. СПб. Контакт: rostom-1950@mail.ru
Махов А. С., кандидат педагогических наук, доцент. Школьный государственный педагогический университет. Контакт: alext-77@list.ru
Степанова О. Н., доктор педагогических наук, профессор. Московский педагогический государственный университет. Контакт: alext-77@list.ru
Дроздовский А. К., кандидат психологоческих наук. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: droid53@bk.ru
Коротков К. Г., доктор технических наук, профессор. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: korotkov2000@gmail.com
Громова И. А., старший тренер по лыжам и биатлону. ПКР. Контакт: korotkov2000@gmail.com
Топоркова Н. А., аспирант. Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б. Н. Ельцина. Контакт: poletaevanina@gmail.com
Гаврилова Е. А., доктор медицинских наук, профессор. Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова Минздрава России. Контакт: churuganov@inbox.ru
Чуруганов О. А., доктор педагогических наук, профессор. ФГБУ СПбНИИФК. Контакт: churuganov@inbox.ru
Кунчевская С. В., инструктор-методист АФК. Реабилитационный центр «Виктория», г. Сочи. Контакт: kunsvetlana@yandex.ru
Пилосян Н. А., кандидат биологических наук, доцент. Сочинский государственный университет. Контакт: kunsvetlana@yandex.ru
Андреев В. В., кандидат педагогических наук. Администрация, Абаза. Контакт: andreev2010-62@mail.ru
Шурышев Н. А., кандидат педагогических наук, доцент. Хакасский государственный университет имени Н. Ф. Катанова, Абакан. Контакт: andreev2010-62@mail.ru
Андреева О. А., педагог-дефектолог, СОШ №50, г. Абаза. Контакт: andreev2010-62@mail.ru
Вовк О. В., учитель физической культуры, СОШ №4, г. Абакан. Контакт: andreev2010-62@mail.ru
Иорданышвили А. К., доктор медицинских наук, профессор. Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, СПб. Контакт: vladimirpiter@mail.ru
Самсонов В. В., врач. Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН. Контакт: vladimirpiter@mail.ru
Сериков А. А., врач. Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН. Контакт: vladimirpiter@mail.ru
Солдатова Л. Н., кандидат медицинских наук. Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН. Контакт: vladimirpiter@mail.ru
Ряпина В. О., старший преподаватель. ВГАФК. Контакт: gafk@vlink.ru
Сучилин А. А., доктор педагогических наук, профессор, академик международной академии наук педагогического образования. ВГАФК. Контакт: gafk@vlink.ru
Емельянова Л. А., доктор медицинских наук, доцент. ВГАФК. Контакт: gafk@vlink.ru
Курыль В. Н., доктор биологических наук, профессор. Северо-Кавказский федеральный университет, г. Ставрополь. Контакт: woolf87@inbox.ru
Мисюков В. В., аспирант. Северо-Кавказский федеральный университет, г. Ставрополь. Контакт: woolf87@inbox.ru
Хучиньски Тадеуш, профессор, Польша. Контакт: TH@2com.pl
Корнев А. В., кандидат педагогических наук. ШГПУ. Контакт: koren-82@mail.ru

Итоги первенства России среди юниоров и чемпионата России по голболу (спорт слепых)

Корнев А. В., кандидат педагогических наук, член Паралимпийского комитета России.

Шуйский государственный педагогический университет.

Ключевые слова: первенство, чемпионат России по голболу, инвалиды по зрению

Аннотация. Результаты соревнований по голболу: первенство России среди юниоров и чемпионата России среди взрослых команд в 2012 г.

Контакт: koren-82@mail.ru

Results of the championship of Russia among juniors and Russian championship goalball (Blind Sports)

Kornev A. V., PhD, Member of the Russian Paralympic Committee.

Shuya State Pedagogical University

Keywords: Russian championship in goalball, athletes with visual impairments.

Abstract. Competition results goalball: championship of Russia among juniors and adults Russian championship teams in 2012

В конце марта – начале апреля 2012 года Министерство спорта Российской Федерации совместно с Федерацией спорта слепых провели первенство России по голболу (юноши и девушки 14-19 лет) и чемпионат России по голболу (мужчины, женщины) в г. Раменское Московской области.

В первенстве России приняли участие 24 команды из Москвы, Вологодской, Ивановской, Ленинградской, Липецкой, Нижегородской, Новосибирской, Саратовской, Свердловской, Тульской, Челябинской, Ярославской областей, Краснодарского, Красноярского, Пермского, Ставропольского краев, Республики Татарстан и Республики Саха (Якутия).

Организаторами первенства и старшим тренером мужской сборной команды России по голболу И. Ш. Набиевым (он же главный судья соревнований), была отмечена положительная тенденция увеличения количества команд на соревнованиях всероссийского уровня среди юниоров. В связи с этим было принято решение о проведении соревнований в двух подгруппах по круговой системе. 8 лучших команд, продолжили борьбу за призовые места, а остальные оспаривали места с 7-го по 13-е.

Среди юношей в первую восьмерку пробились команды Москвы, Свердловской, Челябинской, Нижегородской, Ярославской, Ленинградской областей, Республики Татарстан и Краснодарского края, из которых в полуфинал вышли команды Свердловской и Ярославской областей, Москвы и Краснодарского края. Не встретив достойного сопротивления, команда Свердловской области со счетом 10:0 победила юношей из Краснодарского края и вышла в финал первенства, где встретилась с командой Москвы, в свою очередь обыгравшей команду из Ярославской области. Сильнейшей командой первенства России по голболу стала сборная команда юношей Свердловской области, третье место у команды Краснодарского края.

У девушек по итогам групповых встреч в 1/4 финала вышли команды Москвы, Вологодской, Ярославской, Тульской, Новосибирской, Саратовской, Липецкой областей и Краснодарского края. В полуфинал пробились четыре команды, которые были явными фаворитами на протяжении нескольких лет – это команды Вологодской, Саратовской, Тульской областей и Краснодарского края. Они и разыграли призовые места. В финальных играх команда Вологодской области одержала победу над девушками из Краснодарского края и стала сильнейшей командой первенства России по голболу. Третье место – у команды Тульской области.

Подводя итоги первенства России по голболу, главный судья соревнований Илькам Шахнамазович Набиев отметил прогресс в игре многих

команд, как среди юношеской, так и среди девушек, и участие дебютантов – команд Ивановской и Пермской областей. Он предложил проводить больше соревнований и турниров по этому виду спорта в регионах, повышать квалификацию тренерского состава и уровень судейства.

По окончании первенства России по голболу среди юниоров спортивно-оздоровительный комплекс «Сатурн» принимал у себя взрослых спортсменов, приехавших на чемпионат России.

В чемпионате приняли участие 14 мужских и 8 женских команд из Москвы, Вологодской, Кемеровской, Курганской, Ленинградской, Липецкой, Московской, Новосибирской, Омской, Свердловской, Тульской, Тюменской областей, Краснодарского, Ставропольского краев, республик Дагестан, Коми, Саха (Якутия).

Игры чемпионата получились очень напряженными и интересными. Судьям во многих матчах, чтобы выявить победителя, приходилось назначать дополнительное время, а в борьбе между командами Тульской и Новосибирской областей дело дошло до пробития пенальти (победили туляки).

В финале встретились давние соперники – мужские команды Московской области и Москвы. Команда Московской области, которая практически полностью состояла из воспитанников голбольного клуба «Королёв», одержала победу, подтвердив звание лучшей голбольной команды России. В матче за 3-е место команда Тульской области одержала верх над спортсменами Новосибирской области с минимальным перевесом.

В финальную часть женского чемпионата России по голболу вышли команды Омской, Московской, Тульской и Вологодской областей. За первое место боролись две сильнейшие команды России – представляющие Тульскую и Вологодскую области. В упорной борьбе равных по силе команд победу с минимальным счетом 2:1 одержали спортсменки из Тульской области. Не менее напряженной была игра за третье место, где сильнее оказались спортсменки из Омской области победившие команду Московской области со счетом 4:3.

Завершившиеся чемпионаты показали, что популярность голбола среди слепых и слабовидящих спортсменов не угасает. Радует обширная география участников, профессиональный рост спортсменов и команд, а также заинтересованность тренеров в подготовке атлетов. Именно по итогам подобных соревнований формируются сборные команды, которые будут защищать честь Российской Федерации на мировых первенствах и чемпионатах по голболу, самой популярной игре для слепых и слабовидящих спортсменов.

Фото: Илья Ольшевский (<http://dsbg.ru/>)





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.

Великолепное зрелище торжественных церемоний открытия и закрытия XIV летних
Паралимпийских игр в Лондоне не оставило никого равнодушным
из восьмидесяти тысяч зрителей на трибунах
и миллиардов телезрителей во всём мире