

## АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І СПОРТ У СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ІНТЕГРАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

Рубан А. К., Станєва С. В.

### ВСТУП

Відповідно до Конституції України та законодавства у галузі освіти, держава має забезпечити доступність до якісної освіти відповідного рівня дітям і молоді з особливими освітніми потребами з урахуванням здібностей, можливостей, бажань та інтересів кожної такої особи шляхом запровадження інклюзивної освіти. У Національній доктрині розвитку освіти України в XXI столітті чітко вказується, що для всіх громадян України незалежно від національності, статі, соціального походження та майнового стану, віросповідання, місця проживання та стану здоров'я забезпечується рівний доступ до якісної освіти. Реалізація зазначеного права передбачає прозорість, наступність системи освіти всіх рівнів.

Адаптивна фізична культура і спорт використовує рухові структури, правила та організаційні умови, модифіковані та адаптовані до специфічних вимог різних типів порушень (особливих потреб).

У 1952 році були проведені перші міжнародні ігри для людей, прикутих до інвалідних візків, під назвою інвалідних візках, під назвою «Міжнародні ігри Сток-Мандевіля». Згодом з'явилися інші організації, які створили свою власну ідентичність, посилаючись на основні типи порушень, такі як вади зору, слуху, з церебральним паралічем та ампутованими кінцівками.

Чимало авторів (Гамерлан, Ф. Рузвельт, О. Маресьєв, В. Диколь, С. Федоров, О. Скороходова та ін.) визначають, що інвалідність та дефекти у здоров'ї не можуть зупинити людей цілеспрямованих. Вітчизняними та зарубіжними науковцями проводилися численні дослідження, спрямовані на вивчення дітей з порушеннями психофізичного б розвитку, узагальнено результати та доведено вплив трудової та практичної діяльності на формування в аномальних дітей пізнавальної та мовленнєвої діяльності, розвиток спілкування та моторики (В. Блейхер, О. Глоба, В. Григоренко, А. Колупаєва, Г. Костюк, В. Синьов, О. Хохліна, М. Шеремет). На сучасному етапі у сфері української вищої освіти адаптація студентів з обмеженими можливостями є актуальною проблемою. Це питання вивчали вчені О. Дубогай, А. Капська, С. Харченко, П. Плотніков, М. Євтух, С. Савченко, Г. Лактіонова, В. Щеклодкін та ін. Теоретико-методологічну основу

дослідження порушеної проблеми складають положення теорії взаємозв'язку процесів навчання й розвитку вивчалися низкою вчених (І. Бех, Л. Виготський, В. Давидов, Д. Ельконін, І. Єременко, Г. Костюк, С. Максименко); положення теорії функціональних систем, заснованої П. Анохіним; теорія взаємодії в ієрархічних системах М. Бернштейна; основні положення спортивного тренування М. Булатової, Л. Матвєєва, В. Платонова; теорія самоорганізації, синергетики Г. Хакена, А. Шевцова; теорія і методика фізичного виховання О. Глоба, В. Григоренко, Т. Круцевич; педагогічні концепції безперервної професійної освіти, реалізації новітніх антропних технологій І. Зязюна; система контролю рухової діяльності людини В. Запорожанова, В. Заціорського.

Рекреаційний вимір адаптивної фізичної культури і спорту призводить до створення складної системи послуг, орієнтованої на інтереси та досвід суб'єктів, які відіграють роль у захисті та зміцненні здоров'я. Ці послуги повинні бути доступні в різних установах: у лікарнях, центрах детоксикації, психіатричних центрах, прийомних сім'ях, лікарняних гуртожитках, амбулаторіях, центрах денного перебування, центрах денного перебування, центрах здоров'я, виправних будинків тощо.

Виходячи з того, що індивіди визначають себе за зовнішнім виглядом, рівнем освіти, руховими навичками, спортивними здібностями тощо, вони формують позитивну чи негативну орієнтацію на кожен з цих вимірів, залежно від життєвого досвіду та взаємодії з іншими. У цьому контексті суб'єкти компенсують вроджені чи набуті вади за допомогою навчальною, рекреаційною, спортивною діяльністю тощо.

## **1. Загальні теоретичні відомості про заходи в адаптивній фізичній культурі і спорті**

Зазначимо, що діти та молодь з особливими потребами включені в програми соціальної реінтеграції, цілі яких також можуть бути досягнуті за допомогою спортивної діяльності.

Відтак адаптована фізична культура і спорт передбачають реалізацію наступних завдань: максимізація існуючого біометричного потенціалу; сприяння самовираженню суб'єктів з обмеженими можливостями здоров'я (далі – ОМЗ) відповідно до їх власних здібностей і можливостей; досягнення терапевтичних, саногенетичних ефектів (корекційна терапія, рекреаційна терапія, спортивна терапія, оздоровчі програми); адаптація спортивної діяльності для рекреаційних цілей (дозвілля); досягнення нового іміджу групи або власної особистості, більш високої валоризації наявних компетенцій<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Форостян О. І. Теоретико-методичні засади адаптивного фізичного виховання підлітків з порушеннями слуху. *Наука і освіта*. № 5. 2015. С. 128–133.

Організація адаптивної фізичної культури і спорту в літературі диференціюється наступним чином: фізкультурна та спортивна діяльність, яка не відрізняється за структурою, правилами, організаційними умовами та матеріальною базою від відомих видів спорту та спортивних заходів; діяльність, яка зберігає звичайну структуру і правила, але виграє від матеріальних умов, які певною мірою компенсують гандикап учасника, а спортивні заходи, в яких беруть участь як люди з інвалідністю, так і здорові учасники, при цьому учасники з інвалідністю мають певні регуляторні можливості (учасники змагань з тенісу мають право повернути м'яч після двох послідовних падінь м'яча). Всі вони підпадають під дію модифікованої версії заходу або виду спорту (учасники будь-якого типу беруть участь у баскетбольному матчі на інвалідних візках).

## **2. Цілі фізичного виховання та адаптованого спорту**

У адаптивній фізичній культурі і спорті, залежно від цілей, які необхідно досягти, використовуються такі типи програм:

⇒ корекційні програми – включають специфічні вправи та заходи, спрямовані на корекцію фізичної культури;

⇒ розвиваючі програми – включають індивідуалізовані заходи, що базуються на конкретних потребах і спрямовані на покращення рухових здібностей спрямовані на покращення здатності до руху, фізичної форми та соціально-емоційної інтеграції;

⇒ адаптовані спортивні програми – включають в себе спортивні заняття, які максимізують наявний потенціал, з метою участі у змаганнях. Вони часто реалізуються в системі, кожна з яких робить свій внесок у вирішення різних завдань.

Для того, щоб досягти інтеграції дітей з інвалідністю в несегреговане середовище, за допомогою заходів фізкультурної і спортивної діяльності, фахівці розробили організаційну структуру, яка передбачає реалізацію внутрішньокласних, позакласних та міжкласних програм, дозвілля тощо.

Кожен рівень представленої структури, залежно від рівня інтеграції та ступеня порушення, включає в себе:

– спортивна діяльність, яка не відрізняється за структурою, правилами, організаційними умовами та матеріалами від відомих видів спорту (спортсмен з розумовою відсталістю бере участь у змаганнях з бігу);

– спортивна діяльність, яка зберігає звичайну структуру і правила, але виграє від матеріальних умов, які певною мірою компенсують порушення учасника (незряча людина, яка бере участь у змаганнях з боулінгу, виграє від помітної межі доріжки для кидання кулі);

– спортивні заходи, в яких беруть участь як люди з інвалідністю, так і здорові учасники, при цьому люди з інвалідністю мають певні регуляторні можливості (людям, які беруть участь у змаганнях з тенісу, дозволяється повертати м'яч після двох послідовних падінь);

– спортивні заходи, в яких беруть участь учасники з інвалідністю та здорові учасники, причому всі вони підпадають під дію модифікованої версії відповідного спортивного заходу або розділу (учасники будь-якого типу беруть участь в інвалідних візках в будь-якому баскетбольному матчі);

– спортивна діяльність типу Спеціальної Олімпіади, в якій беруть участь тільки суб'єкти з порушеннями одного типу і ступеня.

Ця концептуальна основа базується на ступені інтеграції людини з інвалідністю (як учасника, тренера або члена команди) та типі спорту (адаптований або неадаптований).

Завдання фізичного виховання і спорту для осіб з інвалідністю випливають із загальних завдань освіти і поділяються на дві категорії: загальні та специфічні (залежно від наявних порушень)<sup>2</sup>.

Загальні цілі визначають рамки, в яких повинен відбуватися весь процес, з його елементами змісту, структури та форм організації, які є специфічними для:

– факторів, пов'язаних із суб'єктом (вік, стать, тип порушення, рівень розумового розвитку, руховий досвід тощо);

– факторів, специфічних для вчителя (спеціальність, вік, відданість справі, творчість, особистість тощо);

– інфраструктурних факторів (робочі приміщення, класи, територія, матеріали, гігієнічні умови, залучення керівництва, час для занять, обладнання тощо);

– нормативно-правових актів та документації, що регламентують проведення занять фізичним вихованням і спортом у відповідних установах (інструкції, накази, програми, посібники, документи різного роду);

– можливих форм організації у відповідному закладі, заняття з певною структурою, позакласні заходи в підрозділі або поза ним тощо; о систему оцінювання, прийняту в закладі (програми, накази, розпорядження, документи);

– системи оцінювання, прийнятої у відповідному закладі (рухово-комплексна, психомоторна, соціомоторна).

---

<sup>2</sup> Когут І. О. Соціально-гуманістичні засади розвитку адаптивної фізичної культури в Україні (на матеріалі адаптивного спорту). *Дисертація кандидата наук*. Київ, 2015. 473 с.

Всі ці елементи є умовами, які в більшій чи меншій мірі враховуються при визначенні цілей.

Зазначимо й те, що завдання ставляться на основі довгострокових і короткострокових цілей, сформульованих суспільством перед відповідними суб'єктами, але ступінь їх досягнення значною мірою залежить від факторів, згаданих вище.

Загальні цілі адаптованого фізичного виховання та спорту принципово не відрізняються від тих, що ставляться перед нормально розвиненими дітьми, різниця полягає лише в нюансах. Вони стосуються аспектів здоров'я (опірність хворобам, навички оздоровлення організму, дотримання гігієнічних умов тощо); тілесних аспектів – ріст і розвиток; тілесних аспектів – процесів росту і розвитку, правильної постави тіла, функціональної активності та здатності адаптуватися до навантажень; рухових аспектів – набуття і вдосконалення навичок, рухових умінь і навичок, розвитку рухових якостей; психічних і психомоторних аспектів – стимуляції пізнавальних, афективних, мотиваційних і вольових процесів, розвитку амбідекстерності, просторової орієнтації, сенсомоторики тощо; соціальних аспектів – тренування соціально-моторних навичок, перенесення соціальних навичок зі спортивної сфери в соціальне життя.

Формулювання таких цілей в імперативній формі демонструє їх ключову роль у навчально-виховному процесі на всіх етапах. Таким чином, цілі можуть бути схематично представлені наступним чином:

*Біологічні:*

- a. оптимізація здоров'я;
- b. сприяння гармонійному розвитку та віковій функціональній спроможності;
- c. профілактика та корекція недоліків фізичного розвитку та постави, формування правильного ставлення до тіла.
- d. досягнення (за замовчуванням) терапевтичного, оздоровчого ефекту (корекційна терапія, рекреаційна терапія, спортивна терапія, оздоровчі програми тощо).

*Моторика:*

- a. вдосконалення загальної моторики через формування системи різноманітних рухових навичок і вмінь та забезпечення підвищення показників рухових якостей;
- b розвиток психомоторного потенціалу суб'єктів.
- c. максимізація наявного біомоторного потенціалу для підвищення професійної, спортивної та соціальної ефективності;

*Психологічні:*

- a. формування адекватної адаптивної поведінки шляхом виховання когнітивного, афективного, вольового та мотиваційного компонентів;

b. прийняття власного стану як першого кроку до соціальної інтеграції;

c. сприяння самовираженню суб'єктів з інвалідністю відповідно до їхніх власних здібностей та можливостей;

*Соціальні:*

a. розвиток здатності взаємодіяти з фізичним та соціальним оточенням;

b. стимулювання спілкування між різними категоріями дітей, як з інвалідністю, так і без неї;

c. заохочення соціальних відносин як між особами з інвалідністю, так і між особами з інвалідністю та здоровими людьми;

d. досягнення нового образу групи або самого себе, більш високої оцінки наявних навичок.

### **3. Принципи викладання фізичної культури, адаптовані до навчання людей з обмеженими можливостями здоров'я**

Наразі однією з основних проблем спеціальної педагогічної психології є вивчення застосування теорії компенсації в освітньому процесі.

Аналізуючи особливості розвитку дітей з обмеженими можливостями, можна визначити компенсацію як «процес розвитку, в якому утворюються нові динамічні системи умовних зв'язків, відбуваються різноманітні заміщення, корекція і переробка зруйнованих або недорозвинених функцій, формуються способи дій і присвоєння соціального досвіду, розвиваються фізичні і психічні здібності і особистість дитини в цілому».

В освітньому процесі роль компенсації вивчається з точки зору її основних форм, а саме:

– видозміни, тобто заміщення втраченої функції діяльністю інших; ця форма відіграє значну роль у розвитку дітей з сенсорними порушеннями;

– функціональна перебудова діяльності будь-якого пошкодженого організму в специфічних умовах, що накладаються наявністю того чи іншого порушення.

Виходячи з того, що компенсаторна адаптація може відбуватися тільки в рамках правильно спрямованого педагогічного втручання, зауважимо на тому, що фахівці повинні дотримуватися низки принципів, адже у специфічному контексті практики фізичних вправ ці принципи набувають специфічних відтінків<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Слобожанінов А.А. Соціальна адаптація дітей із вадами слуху засобами спортивного тренування. *Молодий вчений*. № 3.1 (43.1). Березень. 2017. С. 254–257.

1. Принцип інтеграції та ієрархії. Передбачає знання та сприяння динамічним відносинам субординації, послідовності та синхронізації між різними аспектами поведінки в тренувальному процесі. Ці взаємовідносини можуть відбуватися лише в контексті взаємодії між індивідом і соціальним середовищем. Отже, компенсаторний біологічний і психологічний розвиток може відбуватися лише у сприятливому соціальному та освітньому середовищі.

Фізична культура і спорт створюють тренувальні ситуації, які вимагають від людини з ОМЗ рухової активності в групі, поваги до свободи пересування іншої людини та відкриття нових аспектів себе. Таким чином, до людей з фізичними, розумовими або емоційними порушеннями слід ставитися так само, як і до будь-яких інших суб'єктів, особливо коли загальна тенденція полягає в тому, щоб інтегрувати їх у діяльність поряд зі здоровими суб'єктами. Нагадаємо, що загальноосвітні вимоги принципово не відрізняються від класичних і обмежуються більшими можливостями для руху, фізичних вправ, практики, наявністю постійного заохочення та компетентної спеціальної підготовки. Таким чином буде досягнута соціальна адаптація в межах обмежувального стану дитини. Підкреслимо, що фахівець повинен орієнтуватися більше на здібності суб'єкта, які він буде підкреслювати, і менше – на його обмеження. Прийняття суб'єкта суспільством також призведе до прийняття власного стану.

2. Принцип детермінізму. Передбачає дію зовнішніх чинників на розвиток особистості через внутрішні чинники. Цей принцип вимагає визнання того, що вплив освітнього процесу на особистість залежить від особливостей її росту і розвитку.

У цьому контексті він підкреслює важливість дотримання принципу доступності та індивідуалізації. Таким чином, фізкультурно-спортивна діяльність, що здійснюється з особами з ОМЗ, вимагає перегляду дизайну та планування тренувань.

3. Принцип активності. Дотримання цього принципу є визначальним у сприянні компенсаторній перебудові функціональних структур ураженого організму.

4. Принцип єдності. Він підкреслює той факт, що компенсаторний розвиток може відбуватися лише за умови збалансованого підходу до всіх сторін особистості. Таким чином, інтелектуальна діяльність, психомоторна активність, фізична активність і спорт тощо повинні мати міцний зв'язок між собою.

5. Принцип аналізу та синтезу. Враховуючи, що аналітико-синтетична діяльність у дітей з інвалідністю часто порушена, освітній процес повинен мати ряд стимулюючих впливів в цьому відношенні. Хоча у розумово відсталих дітей складніше досягти прогресу, практика

позитивних моделей формує в корі головного мозку ефективні, правильні схеми дій, які можуть стати основою для використання бажаних форм поведінки.

### **Принципи викладання у адаптивному фізичному вихованні і спорті.**

#### 1. Принцип свідомої та активної участі.

Цей принцип виражає той факт, що будь-який процес навчання повинен базуватися на активному засвоєнні, що виражається в постійній перебудові старих когнітивних структур шляхом інтеграції нової інформації.

У випадку дітей з ОМЗ, особливо з порушеннями розумового розвитку та слуху, їх ставлення до процесу навчання відрізняється. Так, діти можуть бути: гіпоактивними (повільними, незацікавленими, невмотивованими) або, навпаки, гіперактивними (поспішними, неконтрольованими, повторюваними).

При цьому, наприклад, у дитини з розумовою відсталістю активній участі також заважає нерозуміння змісту та опора на механічне заучування.

#### 2. Принцип єдності чуттєвого та раціонального, конкретного та абстрактного.

Цей принцип передусім означає важливість забезпечення якомога ширшої інтуїтивної основи в процесі навчання для того, щоб на основі перцептивної інформації можна було робити узагальнення і формувати уявлення, якими людина з інвалідністю може оперувати подумки.

Особливості використання інтуїції в навчанні обумовлені специфікою когнітивних процесів. Так, сприйняття у людей з ОМЗ є глобальним, бідним, недиференційованим, неповним, з прогалинами, а уявлення – вузькими і неорганізованими.

У людей з ОМЗ інтуїція відіграє компенсаторну роль у навчанні, оскільки є основою для формування активних репрезентацій, з якими можна оперувати на концептуальному рівні.

Дотримання цього принципу передбачає забезпечення умов для мультисенсорного навчання.

#### 3. Принцип ґрунтового навчання та стійкості отриманих результатів.

Цей принцип підкреслює важливість упорядкування та оформлення знань, що передаються суб'єктам, у системи, які можуть оновлюватися. Дотримання цього принципу передбачає: розуміння знань, а не механічне їх запам'ятовування; створення різноманітних ситуацій, в яких можна застосувати набуті знання; забезпечення достатньої кількості повторень, щоб забезпечити закріплення знань; підготовку та проведення часткового та підсумкового оцінювання.



#### 4. Принцип доступності.

Дотримання цього принципу вимагає:

- знання психомоторних особливостей дітей з інвалідністю та створення відповідних стратегій навчання

- диференційованого та індивідуального підходу до дітей.

Важливість визначення оптимального рівня вимог, що пред'являються до освітнього процесу дітям з інвалідністю, зумовлена явищами, які можуть виникнути, якщо вимоги не будуть адаптовані до їхніх специфічних особливостей:

- механічне засвоєння знань, перевантаження, втрата інтересу, пропуски занять при завищених вимогах;

- незацікавленість, недисциплінованість, поява побічних проблем, коли вимоги є нижчими за рівень можливостей дитини.

На додаток до принципів, викладених вище, в адаптивній фізичній культурі і спорті (який також передбачає змагальну діяльність, а отже, фізичний розвиток і спортивне тренування) існують деякі специфічні аспекти, такі як нижчезазначені принципи.

5. Принцип індивідуалізації в адаптованих фізичних навантаженнях ґрунтується як на типі та ступені порушення, так і на реакції суб'єкта на навантаження, виходячи з того, що суб'єкт з особливими потребами є індивідуальністю, яка адаптується до навантаження відповідно до своїх особливостей. Цей принцип стосується ситуації на змаганнях, під час тренувань, після тренувань, до і після фізичних навантажень і т.д. Дані повинні бути відомі в довгостроковій перспективі, щоб приймати рішення відповідно до реального біологічного і психологічного стану спортсмена. Індивідуалізація також ґрунтується на суб'єктивній інформації та психологічній реакції на спеціальні стимули, навіювання, ефект плацебо тощо.

6. Принцип прогресивної адаптації (реадаптації) до за програмованого типу навантаження або градації зусиль.

Прогресивна адаптація передбачає градацію зусиль на основі відомих правил, від легкого до важкого, від простого до складного, від відомого до невідомого, що дає можливість організму дефіцитного спортсмена звикнути до певних видів навантаження. у практичній діяльності спочатку збільшується обсяг роботи, з метою підвищення аеробних можливостей організму і досягнення кількісних накопичень, які дають можливість в подальшому збільшувати інтенсивність і якісні стрибки.

З огляду на комплексність тренувань, необхідно програмувати заняття з різною тематикою: загальна і спеціальна фізична підготовка, технічна або техніко-тактична підготовка, розвиток анаеробних або аеробних можливостей тощо, знаходячи правильне їх поєднання для досягнення найкращих результатів.

Наприклад, обсяг (на працездатних сегментах), якому піддаються спортсмени на візках, може бути вищим, ніж при роботі зі спортсменами в інвалідному візку, оскільки навантаження на серцево-судинну систему значно нижчі. Загалом, прогрес у цій категорії суб'єктів також визначається інтенсивністю зусиль; вивчення нових технічних елементів і процедур або техніко-тактичних дій та збільшення інтенсивності базується на обсязі.

7. Принцип циклічності тренувань ґрунтується на чергуванні навантажень та відпочинку і особливо стосується суб'єктів, які займаються спортом вищих досягнень (Спеціальна Олімпіада, Паралімпійські ігри тощо). Циклічність присутня у всіх структурах тренування, починаючи з уроків, мікроциклів і закінчуючи півциклами, створюючи умови для застосування іншого принципу, а саме принципу систематичності. Циклічність визначає послідовність занять, порядок зміни навантажень за обсягом, інтенсивністю та складністю, а також інші компоненти тренувальної системи. Таким чином, циклічність визначається об'єктивними закономірностями взаємозв'язку між навантаженням і відновленням, а також умовами довготривалої адаптації з метою розвитку спортивної працездатності.

У адаптивній фізичній культурі і спорті вищих досягнень вид занять визначає циклічність тренування, а його фазовий характер є водночас природною основою для його періодизації. Так, підготовчий період відповідає фазі досягнення спортивної форми, змагальний період – фазі розвитку, а перехідний період – фазі зниження або втрати спортивної форми. Цей цикл повторюється з року в рік, але на більш високому кількісному та якісному рівні. Відпочинок, відновлення та регенерація є невід'ємною частиною тренування, незалежно від рівня підготовки спортсмена. Відновлення може бути такими:

a. відновлення в межах мікроциклів або в індивідуальному тренувальному плані спортсмена;

b. відновлення протягом тренувального циклу (півциклу), яке відноситься до відносного відпочинку, тобто активного відпочинку, що складається з активності з середніми та низькими обсягами та інтенсивністю;

c. відновлення в перехідний період, під час якого, крім бальнеологічних, фізіо-гідротерапевтичних засобів відновлення, використовуються додаткові види спорту, за винятком випадків медичного нагляду, який забороняє заняття іншими видами спортивної діяльності.

8. Принцип мотивації. Під мотивацією розуміють сукупність мотивів, які відіграють динамічну роль у поведінці суб'єкта. Визначимо мотивацію як суб'єктивну модель об'єктивної причинності,

причинність, відтворену психологічно, накопичену в часі, перетворену і передану через навчання і виховання у внутрішнє надбання людини.

#### **4. Обмеження. Інвалідність. Недієздатність**

Як зазначено у довідковій літературі обмеження – це «постійна або тимчасова втрата чи порушення фізіологічної, анатомічної або психічної структури; позначає функціональний патологічний стан, який впливає на працездатність, порушуючи процес адаптації та інтеграції в природне і соціальне середовище». Натомість відсталість відповідає структурним або функціональним змінам, анатомічним, фізіологічним або психологічним, які, тим не менш, дозволяють людині здійснювати свою діяльність (наприклад, втрата м'язової сили, посттравматична, демпфірування суглобів, втрата зору, слуху, дефект мовлення, відсутність координації рухів одного або декількох сегментів тощо)<sup>4</sup>.

З цього визначення видно, що недуга є синонімом порушення. Залежно від контексту психолого-педагогічного чи медичного підходу, ступінь використання цих термінів різниться.

Порушення може бути тимчасовим або постійним, воно може впливати на орган або систему. Відсталість не є хворобою.

Види відсталості:

- інтелектуальна неповносправність: амнезія; втрата пам'яті на цифри; нелогічне мислення.

- психологічні порушення: емоційні розлади, емоційна лабільність; розлади совісті; вольові розлади; нарколепсія; анорексія; гомосексуалізм; негативізм; ейфорія.

- мовленнєві порушення: порушення мовленнєвої функції; порушення мовлення; аутизм; мутизм; порушення письма; брак словникового запасу.

- ауральні (слухові) порушення;

- очні порушення;

- вірусні ураження;

- скелетні порушення;

- потворні вади: облісіння; пігментація шкіри; шрами; варикозне розширення вен.

- загальні, сенсорні порушення: нетримання сечі; крихкість кісток; порушення росту; загальна втома; схильність до кровотеч; вагітність.

Інвалідність, як фізичний стан, визначається втратою, повного або часткового зменшення фізичних, розумових, сенсорних тощо можливостей,

---

<sup>4</sup> Соколенко О. І. Адаптивна фізична культура. Старобільськ. Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка». 2015. 154.

Принагідно відмітимо, що недієздатність є наслідком каліцтва, що відображається з точки зору функціональних показників і поточної діяльності. До того ж, якщо каліцтво виражає місцевий наслідок на рівні ушкодженого органу, то недієздатність виражає результат на рівні особистості, її здатності здійснювати певну діяльність, в цьому випадку будуть порушення, пов'язані з пересуванням, спритністю, самообслуговуванням, спілкуванням, поведінкою та ін.

Є очевидним, що не кожне порушення обов'язково призводить до інвалідності, але в основі кожної інвалідності лежить порушення. Інвалідність може бути зворотною або незворотною, прогресуючою або регресуючою.

Інвалідність можна попередити, полегшити або виправити. Незалежно від форми прояву, інвалідність призводить до адаптаційних труднощів, до функціональних порушень, які по-різному відображаються на особистій або соціальній автономії.

Поняття «обмеження», «інвалідність» і «гандикап» перебувають у взаємообумовленому зв'язку, порушення викликає інвалідність, а інвалідність створює гандикап.

Зазначимо ще й таке: інвалідність «підсумовує» наслідки порушення та обмеження життєдіяльності, що призводить до варіативних проявів залежно від тяжкості порушення та вимог оточуючого середовища.

Інвалідність, або певна дезадаптація, може проявлятися в різних формах: власне дезадаптація, маргіналізація, нерівність, сегрегація, виключення. Інвалідність, як функція взаємовідносин між людьми з інвалідністю та їхнім оточенням, може проявлятися, коли люди з інвалідністю стикаються з культурними, фізичними або соціальними бар'єрами, що перешкоджають їхньому доступу до різних видів соціальної діяльності або послуг, які зазвичай доступні для інших.

Отже, порушення може призвести до інвалідності, яка, в свою чергу, призводить до стану гандикапу, що змушує людину з інвалідністю зазнавати впливу середовища, в якому вона живе, середовища, яке може асимілювати, терпимо ставитися до неї або відкидати її, що має низку наслідків для гармонійного та збалансованого розвитку і структурування її особистості.

Інвалідність визначається Всесвітньою організацією охорони здоров'я як несприятливе становище людини, зумовлене порушенням здоров'я або недієздатністю, яке обмежує або перешкоджає виконанню нормальної ролі; воно залежить від віку, статі, соціальних і культурних чинників. Таким чином, вона представляє собою труднощі, з якими стикається людина для досягнення нормальних відносин з навколишнім середовищем, відносин відповідно до віку, статі, соціальних і культурних умов.

Отже, інвалідність визначається недугою, тобто станом недієздатності, але тільки в тому випадку, якщо вона вступає в «конфлікт» з соціальним – освітнім або трудовим середовищем. У вузькому розумінні (з яким необхідно боротися) людина з інвалідністю – це каліка, яка не може впоратися із загальними і спеціальними нормами середовища, в якому вона живе, не може проявити себе як особистість з нормальною і повноцінною ідентичністю.

Однак не слід плутати поняття «недієздатність» з поняттям «інвалідність». Поняття «інвалідність» має більше економічний та адміністративний підтекст, пов'язаний з частковою або повною втратою працездатності протягом певного періоду часу через хворобу або нещасний випадок, що призводить до зменшення доходу від роботи.

Інвалідність визначається як соціальне неблагополуччя особи, спричинене хворобою або недієздатністю, що обмежує або перешкоджає виконанню нею нормальної ролі в суспільстві з урахуванням її віку, статі, культурних та соціальних (освітніх) факторів.

Соціальні фактори можуть посилювати інвалідність.

Інвалідність оцінюється, коли постає питання про соціалізацію людини, що відображає її соціальний, освітній та економічний статус; виникає тоді, коли існує інтерференція між здатністю людини та її можливостями підтримувати свою роль виживання в навколишньому середовищі.

Класифікація інвалідності ґрунтується на інших передумовах, окрім недуги та інвалідності. Вона класифікує обставини, які ставлять людину в абсолютно невідгідне становище порівняно з іншими.

Типи інвалідності:

- порушення орієнтації – втрата здатності орієнтуватися в навколишньому середовищі.

- порушення фізичної незалежності – здатність людини підтримувати своє існування – звичайна незалежність.

- порушення мобільності – дефіцит здатності пересуватися в навколишньому середовищі перетинається з порушенням фізичної незалежності, але стає аналітичним через рухові зв'язки

- професійна недієздатність – втрата здатності людини займати свій час у звичайний спосіб відповідно до віку, статі, підготовки:

- інвалідність соціальної інтеграції – визначає здатність людини підтримувати звичайні стосунки;

- економічна інвалідність – стосується аспектів офіційного доходу пацієнта плюс соціальні виплати.

Існує ще одна класифікація інвалідності, яка використовується в спортивних заходах, в яких можуть брати участь люди з інвалідністю. У цьому відношенні існують наступні типи інвалідності:

1) *Рухова інвалідність*, спричинена наступними чинниками:

- травми кістково-суглобової системи: анкілози та вправи; сколіоз; крихкість кісток; опіки;
- ураження нервової системи: параплегія, тетраплегія, геміплегія, розсіяний склероз, периферичні паралічі, поліомієліт, корінцеві паралічі, паралічі тулуба;
- хронічні захворювання: остеохондроз хребта; міопатії;
- ампутації: нижньої кінцівки; верхньої кінцівки; змішані, нижньої та верхньої кінцівки.

2) *Психічна інвалідність*:

- психічна інвалідність;
- хронічні психічні захворювання, що призводять до інвалідності;
- серйозні психоафективні розлади: аутизм.

3) *Сенсорні порушення*:

- порушення зору;
- порушення слуху;
- мовленнєві порушення (сенсорні).

Недієздатність – будь-яке обмеження або втрата здатності виконувати діяльність нормальним чином або в нормальному обсязі за допомогою нормальної функції для нормальної істоти. Інвалідність – це нездатність через порушення функції. Інвалідність без порушень – це зворотна ситуація.

Недієздатність може бути тимчасовою або постійною в залежності від конкретної ситуації.

Типи недієздатності:

- поведінкові порушення: виявляє труднощі з появою у світі; повна відсутність смаку у виборі одягу, який він носить в різних ситуаціях, в яких бере участь; ненормальна застаріла поведінка; порушення самозахисту; не здатний формувати відносини (дружбу); не бере участі в сімейному житті; порушення взаємин з дітьми;

- комунікативні порушення: труднощі з отриманням інформації; труднощі з передачею інформації.

- порушення особистої гігієни: перенесення в різних ситуаціях; щоденний догляд (вмивання, розчісування); приготування їжі; годування.

- порушення опорно-рухового апарату: дефіцит ходи; перехід вулиці; підйом і спуск сходами; громадський транспорт; рухи тіла в особливих ситуаціях (геміплегія).

- нездатність позиціонувати тіло: нездатність стояти; нездатність тягнути предмети; нездатність штовхати предмети; нездатність стояти на колінах; нездатність утримувати рівновагу або порушення рівноваги.

## 5. Проблема навчання та відновлення у адаптивній фізичній культурі і спорті

Питання навчання є однією з постійних тем, до якої звертаються психологи та педагоги, виділяючи, по суті, концептуальні елементи, етапи, методи втручання, умови, що сприяють навчанню, особливості процесу на різних вікових етапах тощо. Менш дослідженим аспектом є особливості (пере-) навчання у дітей з ОМЗ, котре, хоча і відбувається за класичною схемою навчання, але має певні особливості відповідно до типу порушення, його тяжкості, умов оточення тощо.

Як психо-поведінковий феномен, навчання має розглядатися як єдність і взаємозалежність між характерними елементами суб'єкта та елементами навчальної дії або ситуації, якими керує вчитель.

В рамках робочих стратегій особливе місце займають методи навчання та стилі викладання, які будуть адаптовані відповідно до стадії моторного розвитку, рівня моторного навчання, здатності опанувати складність завдання та обмежуючих факторів, що накладаються типом та тяжкістю порушення.

Основними методами навчання є: глобальний метод, аналітичний метод, прогресивний метод<sup>5</sup>.

Глобальний метод використовується при вивченні простих навичок, які можуть бути засвоєні в повному обсязі з самого початку, або коли суб'єктам важко пов'язати різні частини навички в єдине ціле. Це також корисний метод, коли у суб'єктів короткий проміжок уваги або коли вони найкраще навчаються через імітацію. Однак вимогою цього методу є те, що суб'єкт повинен бути здатним запам'ятати навичку, яку потрібно засвоїти, з усіма її складовими частинами. Типовими прикладами навичок, які вивчаються за допомогою глобального методу, є: вибирати, ловити, стрибати, бити тощо.

Аналітичний метод використовується в ситуаціях, коли навичку можна розбити на складові частини, а потім зібрати їх у міру засвоєння. Цей метод дає результати у суб'єктів з хорошою здатністю концентруватися на обмежених завданнях. Однак він не рекомендується для тих, хто має труднощі з інтеграцією складових частин в єдине ціле, навіть під керівництвом вчителя. Слід зазначити, що зв'язування елементів може здійснюватися у двох напрямках: від початкової фази до завершальної або від завершення дії до її початку (наприклад, у стрибках у довжину). Ми підкреслюємо, що кожна частина дії, яку потрібно вивчити, може становити кожна частина дії, яку потрібно вивчити, може становити самостійну мету за особливих умов. Наприклад, складові

---

<sup>5</sup> Федик О.В. Адаптивна фізична культура у психологічній реабілітації інвалідів. *Журнал «Scientific discussion»* (Praha, Czech Republic). VOL. 1, No 45, (2020). P. 30–33.

частини гребка на спині в плаванні (плавання, ковзання назад, відведення ніг назад, робота рук) також можна успішно відпрацьовувати окремо в умовах, коли суб'єкт не може опанувати або мобілізувати всі сегменти, що беруть участь у русі.

Прогресивний метод – це варіант аналітичного методу, в якому спочатку вивчаються фундаментальні частини, потім перші частини об'єднуються, після чого вивчається решта елементів. Різниця полягає в тому, що складові частини руху не можуть бути цілями самі по собі, а завжди повинні розглядатися як єдине ціле. Наприклад, у випадку потрібного стрибка спочатку вивчається зіскок на двох ногах і приземлення на одній нозі, а потім стрибковий крок і стрибковий крок з приземленням.

Нижче ми навели короткий опис вимог до моторного (пере)навчання, які застосовуються до людей з особливими потребами. Навчання можна зробити більш ефективним, застосовуючи ці навчальні орієнтири, що дозволить суб'єктам повністю розкрити свій потенціал.

- для врахування міжіндивідуальних відмінностей використовуйте якомога більше стилів і методів навчання;

- навчальні завдання слід вводити лише тоді, коли суб'єкти (діти) досягли певного рівня розвитку;

- мотивувати суб'єктів до подальшого навчання – постійно стимулювати та заохочувати їхні зусилля;

- для підвищення результативності надавати суб'єктам усі необхідні можливості;

- індивідуалізація – ключ до вирішення проблеми індивідуальних темпів прогресу;

- заохочувати суб'єктів постійно надавати відповідний зворотній зв'язок;

- заохочувати перехід від однієї навички до іншої, визначати спільні аспекти рухів;

- для швидкого прогресу в навчанні ставити перед суб'єктами значущі та реалістичні цілі;

- сприяти стійкому утриманню навичок, відбирати ті рухи, які мають певне значення та корисність (для самообслуговування, автономного пересування, дозвілля тощо);

Важливим аспектом у руховому (пере-) навчанні та перенавчанні є ретельний аналіз діяльності, яка пропонується для виконання. Так, вчитель повинен встановити, як ця діяльність сприяє задоволенню фізичних, рухових, когнітивних, афективних та соціальних потреб людини. Наприклад, повинні бути відомі положення тіла, яких вимагає вправа, задіяні сегменти тіла, дії різних сегментів, основні рухові патерни, включені у вправу, рівень фізичної підготовленості та задіяні сенсорні системи.



На когнітивному рівні слід оцінити кількість і складність рухових правил, ступінь залучення пам'яті суб'єкта, здатність до концентрації уваги і навички сприйняття.

На афективному рівні необхідно знати такі фактори: емоційний ефект від участі, рівень емоційного контролю, задіяний у діяльності, а також те, чи передбачає рухове завдання взаємодію між учасниками.

## **6. Спортивна активність людей з обмеженими можливостями здоров'я**

*1. Спорт для людей з паралегією (параліч обох нижніх кінцівок) та тетраплегією (параліч усіх кінцівок).*

Паралітики займаються майже всіма без винятку видами спорту, незалежно від того, чи є параліч повним або низького рівня, пересуваючись в інвалідному візку. Візок для них є нормальним і корисним, але особливо для занять спортом. Найпопулярнішими видами спорту є наступні: легка атлетика, перегони на візках, метання, настільний теніс, стрільба з лука, найбільш дозволений вид спорту для інтеграції серед здорових людей – фехтування (вид спорту, який найкраще розвиває рівновагу візочника); баскетбол (один з найшвидших видів спорту, який дозволяє досягти справжньої віртуозності у використанні візка і приносить радість у командному спорті); теніс (вид спорту, який дозволяє розвинути навички поведінки з візком і яким можна займатися з партнерами на візках); пауерліфтинг (підняття ваги з положення лежачи, вид спорту, яким також займаються люди на візках).

Всі ці види спорту розвивають вправність і силу верхніх кінцівок, що особливо важливо для паралізованих людей.

Плавання – вид спорту, який дуже популярний серед паралізованих людей, можливо, головним чином тому, що саме у воді вони повертають собі частину втраченої спритності. Для людей з повним паралічем рух можливий лише за допомогою верхніх кінцівок, тоді як для тетраплегіків він можливий лише за допомогою рухів плечей.

Роль спортивного тренера. Спортивний тренер повинен мати мінімум знань, які він/вона повинен застосовувати, коли його/її обов'язки пов'язані з паралітиками та тетраплегіками, а саме:

1. Знати неврологічний рівень паралічу/тетраплегії спортсмена(ів), з яким(ими) він(и) працює(ють), повний чи неповний характер паралічу, наявність деформацій кінцівок.

2. Бути дуже уважні до появи шрамів, які, як відомо, абсолютно несумісні зі спортом. Чим раніше їх пролікувати, тим менше тренувань втратить спортсмен.

3. Бути дуже обережні з ускладненнями після лихоманки, викликані сечовипусканням, оскільки вони призводять до заборони на заняття спортом. Першою проблемою паралізованого і тетраплегічного спортсмена є рідина – він повинен пити багато рідини щодня, щоб уникнути цих ускладнень.

4. Звертати увагу на відносну крихкість кісток паралізованих кінцівок.

5. Бути добре знайомим з явищами, пов'язаними з настанням втоми, яка дуже швидко настає у цієї неблагополучної категорії.

6. Дуже добре знати межі зусиль, в яких знаходяться паралітики і тетраплеги, щоб при перших ознаках, які можуть призвести до серйозних змін, вжити заходів для переривання тренування і звернення за медичною допомогою. У цьому відношенні надзвичайно важливо знати межі можливостей спортсменів, з якими вони працюють, щоб негайно втрутитися і не дозволити цим межам бути перевищеними самими спортсменами, які іноді бажають «проявити хоробрість». Слід зазначити, що більшість людей з параплегією або тетраплегією знають свої межі і добре адаптовані до своєї вади. Необхідно лише не виходити за їх межі, довіряти і слухати тренера та відповідального за спорт.

#### *2. Спорт для людей з геміплегією.*

Людям з геміплегією (параліч кінцівок з однієї сторони) складніше займатися спортом, оскільки гандикап заважає їм показати, що вони насправді набагато здібніші.

Більшість людей з геміплегією займаються спортом стоячи: легка атлетика: біг, метання; настільний теніс; фехтування; стрільба.

Плавання – це не той вид спорту, який люблять ці люди через те, що вони змушені плавати на одному боці, але через вправи, через звичку вони здатні плавати всіма способами, що пояснюється проблемами з рівновагою, спричиненими спастичністю, яка присутня через інвалідність.

Немає двох однакових людей з геміплегією, геміплегія може мати різні причини, що дуже ускладнює організацію змагань. Труднощі виникають при класифікації спортсменів.

Роль тренера.

Тренер повинен:

1. Добре розуміти інвалідність, пов'язану з геміплегією, інвалідністю, при якій біль завжди має очевидне значення, особливо коли виникають супутні розлади.

2. Пропонувати спортивні вправи, які змушують спортсмена працювати обома сторонами тіла, навіть якщо він має тенденцію використовувати здорову сторону в першу чергу.

3. Звертати пильну увагу на супутні розлади, пов'язані з афективними розладами.

### 3. Спорт для людей зі сколіозом.

У деяких випадках спорт для таких людей може бути проти-показаний:

- у випадку прогресуючого викривлення, коли така ситуація існує, рекомендується уникати зміни положення з положення стоячи в положення сидячи і навпаки;
- у разі неправильної постави;
- у післяопераційних випадках після добре приживленого хребтового трансплантата.

Водночас, практика фізичних навантажень є справжнім доповненням до класичної терапії, а саме:

- у фізіотерапії, яка має більш аналітичну спрямованість; в ортопедичному лікуванні – молоді люди, які носять корсети, можуть регулярно відвідувати заняття з фізичної активності;
- у хірургічному лікуванні – після відновлення стояння.

З усіх видів спорту плавання – це перший вид спорту, який дозволяє виконувати роботу без надмірного навантаження на хребет, і тому є рекомендованим видом спорту.

Роль спортивного тренера.

Тренер повинен:

- 1) знати ступінь інвалідності та функціональні можливості спортсмена;
- 2) дуже добре враховувати відповідність між можливостями спортсмена та функціональною реальністю його інвалідності.

### 4. Спорт для людей з ампутаціями

#### Спорт для людей з ампутацією верхніх кінцівок.

Люди з ампутуваними кінцівками мають виняткові спортивні здібності, незалежно від того, чи це діти, молодь, дорослі, чи люди з вродженими ампутаціями. Для останніх заняття спортом – це можливість відкрити для себе новий світ.

Протез дуже добре підходить для занять спортом, оскільки він є природним продовженням м'язів.

Якщо ампутувана лише одна верхня кінцівка, людина може грати в настільний теніс, фехтувати, метати, стріляти тощо, залишивши верхню кінцівку недоторканою. Люди з ампутацією верхніх кінцівок можуть брати участь у змаганнях з бігу та стрибків у легкій атлетиці, якщо вони не становлять загрози для рівноваги тулуба.

Люди з ампутацією руки матимуть явну перевагу над спортсменами з паралічем руки, яка є інертною. і є для нього баластом.

Люди з подвійною ампутацією верхньої кінцівки зазвичай не використовують протези для занять спортом. Вони можуть бігати і стрибати, якщо це не загрожує рівновазі тулуба.

Як правило, спортсмени з подвійними ампутаціями верхніх кінцівок не використовують протези для занять спортом, тому дотримуються правил, які забороняють використання протезів у більшості випадків. і можуть бігати, стрибати, грати в настільний теніс з протезом, закріпленим безпосередньо на п'яті або тримаючи весло між головою та плечем, дуже добре плавають тощо.

#### Спорт для людей з ампутацією нижніх кінцівок.

Ці люди також мають чудові можливості для занять спортом, залежно від виду спорту, яким вони займаються.

Люди з ампутуваними ногами, які правильно підібрали протези, можуть брати участь у заходах і видах спорту, таких як ходьба на короткі дистанції, метання, волейбол, настільний теніс, їзда на велосипеді та інші. Без протеза вони можуть стрибати у висоту, займатися зимовими видами спорту – лижами та плаванням – і досягати дуже хороших результатів.

Ампутанти стегна можуть брати участь у таких заходах і видах спорту, як: ходьба на певні дистанції, настільний теніс, фехтування, волейбол, біг, метання, стрибки в довжину, їзда на велосипеді тощо.

Завдяки передовим технологіям вуглепластикові протези можуть допомогти спортсмену досягти неймовірних результатів у спринтерському бігу, стрибках у висоту та довжину. Вони завжди доводять, що «неможливого» не існує.

Без протеза спортсмени з ампутацією стегна можуть кататися на лижах, стрибати у висоту і плавати, де вони все ще можуть досягти дуже хороших результатів.

Двосторонні ампутанти від самого початку мають більш серйозні вади. За допомогою протезів вони можуть займатися метанням, стрільбою з лука, стрільбою, настільним тенісом та іншими видами спорту, а без протезів – плаванням, де результати дуже близькі до чемоданних.

Протезні центри та компанії, що виробляють необхідні протези та обладнання, разом з технічними командами і, звичайно ж, спортсменами, досягли надзвичайних результатів, які продемонстрували і продовжують демонструвати, що в спорті максимальні межі все ще не визначені.

Роль спортивного тренера.

Зважаючи на численні можливості та видатні результати, яких можуть досягти спортсмени з ампутацією верхніх та нижніх кінцівок, роль спортивного тренера є особливо важливою та набуває нових вимірів. Спортивний тренер повинен:

1) добре знати рівень ампутації, розуміючи, що важлива кількість відсутніх сегментів і суглобів, а не довжина або походження ампутації

(за винятком плавання, де спортивна класифікація повинна бути надійною);

2) знати ступінь тяжкості двосторонньої ампутації. Якщо при ампутації однієї руки можна використовувати іншу руку, то при ампутації нижньої кінцівки можна використовувати протез. У разі подвійної ампутації верхньої кінцівки функціональна незалежність повністю скомпрометована, а в разі подвійної ампутації нижньої кінцівки її іноді неможливо досягти;

3) розуміти, що хорошим мостоподібним протезом вважається той, який не болочий і здатний ідеально підтримувати протез. Неправильно виготовлений протез може викликати контрактури, набряк моста, судоми і защемлення через неправильний розподіл ампутованої ділянки. У таких випадках рекомендується на деякий час заборонити заняття спортом, оскільки ці забої перетворюються на виразки, які призводять до мацератії відповідної ділянки. Загалом, спортсмен з ампутацією добре усвідомлює свою ваду і всі проблеми, пов'язані з тупістю і заняттями спортом;

4) не змушувати спортсмена з ампутованою кінцівкою ризикувати або перебільшувати. Якщо станеться удар, це може призвести до погіршення гандикапу і небезпеки перелому здорової кінцівки. Однак, на щастя, такі ситуації трапляються дуже рідко. Для спортсменів з подвійною ампутацією верхньої кінцівки удари можуть призвести до травм обличчя або голови через складність ухилення від них;

5) заохочувати любителів спорту з ампутацією нижніх кінцівок не користуватися інвалідним візком, а займатися спортом, сумісним з їхньою інвалідністю, наприклад, волейболом – сидячи або стоячи – плавання, стрільба з лука, пауерліфтинг та інші;

6. визначати тих, хто має видатні спортивні навички, особливо колишніх спортсменів, які виступали лише один раз, що завдяки використанню передових протезних технологій та постійній активності вони можуть досягти результатів, рівних або навіть кращих, ніж ті, яких досягли доблесні спортсмени.

##### *5. Спортивна активність людей з порушенням зору*

Поява інвалідності має безліч причин. Вона може бути вродженою, випадковою, наслідком неправильного поводження та багатьма іншими. Незалежно від причини, людина з інвалідністю є чутливою особою, і робота з нею вимагає спеціальних знань, особливо якщо це стосується спортивної діяльності. Як уже згадувалося, залежно від тяжкості інвалідності, спортсмени поділяються на три спортивні розряди. Залежно від спортивного класу, до якого належить спортсмен, спортивний менеджер має вищий ступінь важливості.

Роль спортивного тренера.

На додаток до знання психології людини з вадами зору, відповідальний тренер повинен знати наступне:

1) незрячі люди без ушкоджень мозку можуть легко займатися спортом навіть на змагальному рівні;

2) протягом всього тренування вони повинні проявляти повний спокій, наполягати на абсолютній тиші, забороняти крики, вигуки, оплески;

3) заняття і тренування бажано проводити на відкритому повітрі, а не в приміщеннях, де відлуння може створювати незручності і плутати незрячих, призводити до нещасних випадків між ними або іншими предметами;

4) незрячих людей з важкими або прогресуючими травмами потрібно навчати, привчати поводитися як «незрячі»;

5) можливості фізичної активності залежать від ступеня амбліопії та ризику погіршення травми ока. Тому людині, яка займається спортом, необхідно усунути всі ризики прямих і непрямих очних травм, всі причини підвищеного тиску на обличчя для тих, хто має крихкі очні яблука, заборонити будь-які види вправ, що вимагають нахилу голови: фізичні вправи, при яких голова нахилена вниз; занадто часті повторення стрибків, щоб навчитися або виправити демпфірування приземлення для стрибків; дайвінг у будь-якому вигляді (особливо глобальний) і, якщо це абсолютно необхідно, переконайтеся, що спортсмени мають захисні окуляри.

**Організація та проведення фізкультурно-спортивних заходів, адаптованих для людей з вадами зору.**

Фізична культура і спорт повинні компенсувати наслідки дефіциту зору в усіх сферах (фізичний, просторовий, реляційний) і на всіх рівнях (первинне придбання, удосконалення, адекватність, вдосконалення тощо). Загалом діяльність буде спрямована на підвищення ефективності самообслуговування, повсякденних навичок і вдосконалення компенсаційних процедур шляхом оволодіння певними техніками.

Як амбліопи, так і сліпі люди здатні брати участь у різноманітних рухових діях, особливо якщо забезпечено цілий ряд модифікацій обладнання та правил виконання відповідних дій<sup>6</sup>.

Розробляючи адаптовану діяльність, учитель повинен враховувати такі аспекти:

1) обов'язковим є знання рівня моторного розвитку та рухового досвіду досліджуваних, враховуючи «що» і «скільки» вони бачать, якщо втрата зору сталася в ранньому дитинстві чи пізніше, як

---

<sup>6</sup> Христова Т.Є. Основи лікувальної фізичної культури. Мелітополь . ТОВ «Колор Принт». 2015. С. 44–47.

максимізувати зір, що залишився (наприклад, за допомогою розсіяного світла у випадку глаукоми та альбінізму, або яскравого світла для інших недоліків) і які дії протипоказані (у разі відшарування сітківки, стрибки та різкі рухи, контактні види спорту, пірнання вода заборонена, а при глаукомі не рекомендовані рухи, спрямовані на перевернуте положення або підводне плавання);

2) незалежність суб'єкта буде досягнута через:

- позитивне ставлення вчителя до предмета та його проблем;
- стимулювання активної позиції суб'єкта;
- уникнення тенденції до надмірного захисту дитини з боку вчителя чи батьків, оскільки це обмежує можливості дослідження навколишнього середовища та підтримує страх перед невідомим. Рекомендується обмежена та періодична додаткова допомога (заходить в спортзал самостійно, бігати без керівництва, грати без втручання вчителя), полегшення знань батьків про здібності дітей, оскільки більшість часу сім'я не заохочує до нової рухової поведінки, особливих рухових відчуттів, контрольованого ризику тощо. У цьому сенсі вчителі будуть інформувати батьків про рухові досягнення дітей, їхні улюблені фізичні заняття та дадуть рекомендації щодо організації вільного часу.

3) методи навчання, обладнання та використані матеріали будуть адаптовані. Таким чином, при використанні дидактичних методів будуть враховуватися наступні аспекти:

- ручне керівництво рухом дитини до правильних положень, необхідних для формування певної навички;
- використання моделі (наприклад, ляльки з рухомими суглобами), щоб діти могли розрізнити, як взаємодіють сегменти тіла в русі (наприклад, перекид вперед, бічне колесо або інші елементи гімнастики);

- керування рухами (зміна напрямку, профілю місцевості, наявність сходів тощо) або руховою діяльністю сліпих дітей тими, хто має залишковий або відсутній зір;

- використання слухових підказок в умовах зменшення зорових підказок (м'ячі з дзвіночками всередині, прив'язування дзвіночків до сітки баскетбольного кошика, воріт тощо);

- у поясненнях учителя використовуватиметься чітка, лаконічна мова, орієнтована на орієнтири, відомі незрячим;

- залежно від залишкового зору дитини вчитель встановлює заходи для максимального візуального сприйняття, використовуючи контрастні кольори стін, спеціалізованого обладнання, м'ячів, маркерів поля, обладнання колег, яскравого світла тощо.

В організації та керівництві фізкультурно-спортивною діяльністю також враховуються такі методичні вказівки, як-от: для позначення початку та закінчення рухової дії використовувати свисток або словесний покажчик; вчитель і самі учні використовуватимуть серію словесних індикаторів, щоб полегшити їхнє просторове орієнтування; використовуватиметься музика (для мотивації, релаксації); діяльність, яка передбачає швидку зміну напрямку руху, буде уникатися; вони визначають певну невпевненість у рухах і невпевненість незрячого; обирати ті засоби (ігри, змагання, аналітичні вправи тощо), які принесуть негайне задоволення дітям, полегшать соціальні контакти і, в той же час, мають важливий функціональний ефект.

#### *б. Спортивна діяльність осіб з вадами слуху.*

Люди з вадами слуху, незалежно від їх тяжкості, можуть чудово займатися спортом, оскільки це найважливіший засіб інтеграції в суспільство. Спорт дуже люблять, він дає набагато більше можливостей для самоствердження, ніж в інших сферах. Можна займатися всіма видами спорту, і більшістю з них можна займатися разом із валізами, що є перевагою у бажанні інтегрувати людей із вадами слуху. Тим паче, що їх усе життя вчать спілкуватися, розшифровуючи мову співрозмовника рухом губ, оте «читання по губах». Цей метод буде дуже широко використовуватися в роботі з людьми з вадами слуху, поряд з демонстрацією, зображенням.

Протипоказані види спорту включають види спорту, де слух дуже вимогливий, наприклад, автомобільний спорт, або ті, що мають підвищену насильство, такі як: бокс, карате та інші.

Роль спортивного тренера.

1) проявляти спокій, терпіння – якості, без яких нелегко проводити спортивну діяльність з людьми з вадами слуху;

2) використовувати обидві мови – міміко-жестикаляційну та чітку з можливістю читання по губах глухим спортсменом;

3) намагатися якомога більше часу перебувати перед спортсменом, щоб він міг бачити тренера, коли захоче з ним поспілкуватися;

4) використовувана мова, а також демонстрація мають бути зрозумілими, простими для розуміння, а якщо це більш складна справа, її потрібно розділити на фрагменти, які потрібно вивчити;

5) знати психологію людини з вадами слуху і особливо знати людину, з якою вони безпосередньо працюють.

**Організація та проведення заходів з адаптивної фізичної культури та спорту, для людей з вадами слуху.**

З освітньої точки зору, важливо, щоб цей тип недоліків був виявлений, ретельно досліджений, щоб вони передчасно не були



визнані розумово відсталими, як такі, що мають розлади в навчанні чи поведінці.

Основні цілі фізичного виховання та спорту будуть подібні до завдань, які проводяться зі звичайними дітьми, але до них будуть додані деякі конкретні цілі:

- 1) розвиток мускулатури грудної клітки та її еластичності;
- 2) виховання дихального акту і підвищення життєвої ємності;
- 3) розвиток компонентів психомотрицити, заснований на валоризації дійсних почуттів;
- 4) розвиток позитивних рис характеру;
- 5) формування та закріплення впевненості в індивідуальних можливостях, прагнення до соціальної інтеграції та участі в колективних діях.

При проектуванні адаптованих фізичних навантажень вчитель мав на увазі розв'язання наступних завдань:

а) який рівень порушення? залежно від відповіді вчитель може використати залишковий слух шляхом різних адаптацій методів і засобів навчання.

б) який спосіб спілкування суб'єкти віддають перевагу і як його можна покращити? Якщо вчитель не володіє мовою міміки та жестів, він залучає перекладача, поки не створить власну мову, специфічну для спілкування між ним і дітьми під час адаптованих фізичних вправ.

в) чи є протипоказання, обмеження щодо участі в уроках фізкультури чи спортивних тренуваннях? У цьому сенсі ті, хто користується слуховими апаратами, подбають про те, щоб відмовитися від них під час занять плаванням, замінивши їх захисними заглушками.

Суб'єкти з проблемами рівноваги повинні займатися скелелазінням, стрибками на батуті або дайвінгом лише за умови вжиття достатніх заходів захисту; гімнастичні дії, які передбачають перекочування, повороти, також будуть практикуватися під суворим контролем вчителя.

#### *7. Спортивна діяльність осіб з психічними вадами.*

Розумові вади/розумова відсталість означає, як це було раніше, IQ нижче нормального, який Всесвітня організація охорони здоров'я вважає рівним 70<sup>7</sup>.

Це передбачає більшу турботу про оточуючих і особливо про тих, хто займається спортом цих людей.

Загалом, ці люди можуть дуже добре займатися будь-яким видом спорту, особливо тим, у кого IQ трохи нижче норми, тобто 60–70.

---

<sup>7</sup> Шаповалова І. В. Теорія і методика адаптивного фізичного виховання. Запоріжжя. ЗДМУ. 2020. 97 с.

Труднощі в роботі з такими людьми починаються особливо, коли рівень відсталості нижче 60.

Серед видів спорту, якими не рекомендують займатися цим людям, є найжорстокіші, такі як бокс, дзюдо, боротьба та інші, особливо для тих, хто має рівень IQ нижче 60.

Роль спортивного тренера.

Тренер повинен:

1) дуже добре знати, що означає розумова вада / розумова відсталість і психологію людини з цією інвалідністю, особливо якщо це молода людина, дитина;

2) виявляти велике терпіння, спокій, лагідність і, нарешті, але не менш важливе, любити спортсмена, тому що він потребує великої прихильності з боку оточуючих і особливо з боку відповідального спортсмена;

3) спортивні завдання, які він дає, не повинні бути складними, а висловлювання та мова мають бути простими, зрозумілими спортсмену;

4) застосовувати систему винагород за всі успіхи спортсмена, навіть якщо вони незначні.

Наприкінці зауважимо на тому, що на сьогоднішній день, ускладнюють процес інтеграції осіб з інвалідністю у соціум такі соціальні фактори: матеріально-фінансове становище більшості інвалідів та їх сімей; побутові умови, недостатнє забезпечення комп'ютерами; рівень медичного обслуговування; недоліки суспільної свідомості по відношенню до осіб з особливими потребами.

І однією серед актуальних проблем становлення особистості особливо відчутними і гострими залишаються питання, пов'язані з інтегруванням осіб з ОМЗ в сучасне соціальне та освітнє середовище. Вчені намагаються дослідити теоретичні основи цього явища, визначити його суттєві ознаки та закономірності розвитку, виявити чинники та розкрити соціально-педагогічні умови, що впливають на процес інтегрування осіб з ОМЗ у соціальне й освітнє середовище.

## **ВИСНОВКИ**

Нині все більшої актуальності набувають питання, пов'язані з осмисленням освітнього, наукового, правового та інформаційного простору адаптивної фізичної культури для педагогіки.

Становлення нової школи, зміна парадигми освіти, прагнення втілити ідеї гуманної педагогіки в шкільну практику звертають педагогів до тем, пов'язаних зі створенням ефективних педагогічних систем.

Необхідно осмислити ситуацію, що теорія і методика фізичної культури як базової дисципліни з її новітніми макротенденціями розвитку, загальними психолого-біологічними закономірностями функціонування організму з патологічними порушеннями, гуманістичними принципами та діяльним підходом повинні бути основними поняттями в методиці адаптивної фізичної культури до формування фізичної культури осіб з обмеженими можливостями здоров'я.

Необхідно оцінити надзвичайну складність об'єкта – людини з розладами здоров'я під час її рухової діяльності, орієнтувати спеціалістів, які вивчають зазначену категорію дітей, на принципово інший погляд на наявний у дитини дефект, розуміти його не як захворювання, а як особливий стан психічного недорозвинення, що характеризується багатьма особливостями в комплексному прояві фізичних, психічних, інтелектуальних, емоційних якостей.

Таким чином, загальна «філософія» використання засобів адаптивної фізичної культури полягає в принципово новому розумінні її значення як соціального явища, основною метою якого є соціалізація або соціальна реабілітація людини з обмеженими можливостями здоров'я, підвищення рівня здоров'я, рівень якості свого життя, наповнення його новим змістом, сенсом, емоціями, почуттями, а не зведене лише до лікування та корекції за допомогою тих чи інших психотерапевтичних процедур.

## **АНОТАЦІЯ**

Оглянуто проблеми використання адаптивної фізичної культури і спорту в процесі відновлення й навчання осіб з обмеженими можливостями здоров'я. Виявлено переваги впровадження фізкультурно-спортивної реабілітації у загальний процес відновлення і навчання осіб з ОМЗ. Серед них такі, як збільшення рухової активності, розширення кола спілкування, збагачення соціального досвіду, підвищення загальної життєздатності, формування навички самостійно займатися руховою діяльністю і вести здоровий спосіб життя, стимулювання загального розвитку. Розкрито уявлення про адаптивну фізичну культуру як самостійний науковий напрям, основною метою якого є формування життєво й професійно важливих умінь і навичок, розвиток та вдосконалення фізичних і психологічних якостей осіб з обмеженими можливостями. Адаптивна фізична культура належить до нових напрямів професійної підготовки фахівців та являє собою складне, багатогранне соціально-педагогічне явище. А її теорія є науковим напрямом, що вивчає структуру, функції, принципи, засоби й методи раціонально організованої рухової активності осіб з обмеженими можливостями. Адаптивна фізична культура передбачає залучення

широкого кола засобів і методів цього виду культури, яка є базою, основою соціалізації особистості людини з обмеженими можливостями, її адаптації до трудової діяльності або перекваліфікації та взагалі саморозвитку, самовираження й самореалізації. Наголошується на тому, що адаптивна фізична культура представляє собою важливу галузь соціальної практики та покликана за допомогою раціонально організованої рухової активності як природного стимулу життєдіяльності. З'ясовано, що із використанням функцій залишкового здоров'я, природних фізичних ресурсів і духовних сил осіб з обмеженими можливостями можна максимально наблизити психофізичні можливості й особливості організму до вимог суспільства.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Башкірова М. М. Фізична активність і спорт серед інвалідів: реальність і перспективи. *Спорт для всіх*. 2015. № 1–2. С. 11–14.
2. Беляк Ю., Грибовська І., Музика Ф. та ін. Теоретико-методичні основи оздоровчого фітнесу. Львів. ЛДУФК. 2018. 208 с.
3. Грибан Г. П. Фізичне виховання: проблеми та перспективи. Житомир. Рута. 2020. 384 с.
4. Гриньків М., Куцериб Т., Крась С. та ін. Медико-біологічні основи фізичної терапії, ерготерапії («Нормальна анатомія» та «Нормальна фізіологія»). Львів. ЛДУФК. 2019. 146 с.
5. Когут І. О. Соціально-гуманістичні засади розвитку адаптивної фізичної культури в Україні (на матеріалі адаптивного спорту). *Дисертація кандидата наук*. Київ, 2015. 473 с.
6. Колишкін О.В. Адаптивна фізична культура як важлива галузь соціальної практики. *Inclusion and Diversity*. Випуск 1. 2023. С. 28–32.
7. Луковська О. Сучасні напрями фізичної реабілітації спортсменів-інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2016. № 2. С. 202–209.
8. Матвеева Л.П., Новіков А.Д. Теорія і методика фізичного виховання. Київ. Освіта. 2016. С. 10–12.
9. Миронов С. М. Біла стрічка надії. *Столичний вісник*. 2015. № 49 (1570). С. 15–24.
10. Нарзулаїв С. Б., Ковтун Н. В. Використання інформаційних технологій в корекційній школі XIII виду. *Наукові записки*. 2016. Вид. 3 (77). С. 55–57.
11. Нарзулаїв С. Б., Попов І. Н., Сафронова І. Н. Спеціальна педагогіка. Київ. Поліграффірма «СТАК». 2016. 147 с.
12. Нарзулаїв С. Б., Шуклова Л. А. Проблеми навчання дітей з затримкою психічного розвитку в умовах загальноосвітньої установи. *Наукові записки*. 2015. Видання 2 (104). С. 45–57.

13. Савлюк С. Концептуальні основи концепції просторової організації тіла дітей 6–10 років із депривацією сенсорних систем у процесі фізичного виховання. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2017. Вип. 3 (39). С. 180–185.

14. Слобожанінов А.А. Соціальна адаптація дітей із вадами слуху засобами спортивного тренування. *Молодий вчений*. № 3.1 (43.1). Березень. 2017. С. 254–257.

15. Соколенко О. І. Адаптивна фізична культура. Старобільськ. Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка». 2015. 154.

16. Столяров В.І., Биховський І.М., Лубишева Л.І. Концепція фізичної культури і фізичного виховання (інноваційний підхід). *Педагогіка і психологія*. 2015. № 5. С. 11–15.

17. Товт В.А. Адаптивне фізичне виховання в системі підготовки бакалаврів за спеціальністю середня освіта (фізична культура). Ужгород. «ТОВ «РіК-У», 2020. 154 с.

18. Трояновська М. М. Адаптивна фізична культура. Чернігів. НУЧК імені Т. Г. Шевченка 2018. 104 с.

19. Федик О.В. Адаптивна фізична культура у психологічній реабілітації інвалідів. *Журнал «Scientific discussion»* (Praha, Czech Republic). Vol. 1, No 45, (2020). P. 30–33.

20. Федик О.В. Психологія фізичної культури та здорового способу життя. Івано-Франківськ. 2019. 110 с.

21. Форостян О. І. Теоретико-методичні засади адаптивного фізичного виховання підлітків з порушеннями слуху. *Наука і освіта*. № 5. 2015. С. 128–133.

22. Христова Т.Є. Основи лікувальної фізичної культури. Мелітополь. ТОВ «Колор Прінт». 2015. С. 44–47.

23. Чернявський І.С. Проблеми розвитку адаптивного спорту. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. Випуск 6 (62). 2015. С. 83–86.

24. Шаповалова І.В. Теорія і методика адаптивного фізичного виховання. Запоріжжя. ЗДМУ. 2020. 97 с.

#### **Information about the author:**

**Ruban Asia Kostyantynivna,**

Candidate of Pedagogical Sciences

Izmail State University of Humanities

12, Repina Avenue, Izmail, 68610, Ukraine

**Stanieva Svitlana Vasylivna,**

Postgraduate Student, Teacher

Izmail State University of Humanities

12, Repina Avenue, Izmail, 68610, Ukraine