



**SAMRUK**  
KAZYNA  
•TRUST•



## «БЕЙІМДІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ЖӘНЕ СПОРТ: ҚАЗІРГІ ЖАЙЫ МЕН ДАМУ КЕЛЕШЕГІ»

I Халықаралық ғылыми-практикалық конференциясының  
**МАТЕРИАЛДАРЫ**



### МАТЕРИАЛЫ

I Международной научно-практической конференции  
**«АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ:  
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ  
РАЗВИТИЯ»**

19 | 20 **September** 2019

Nur - Sultan, Kazakhstan

ФОНД РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ «SAMRUK-KAZYNA TRUST»  
ЕВРАЗИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ.Л.Н.ГУМИЛЕВА  
СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА  
ОО «ОБЩЕСТВО РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ  
«МИР РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ»

**«БЕЙІМДІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ЖӘНЕ СПОРТ:  
ҚАЗІРГІ ЖАЙЫ ЖӘНЕ ДАМУ КЕЛЕШЕГІ»  
І ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯ  
МАТЕРИАЛДАРЫ**

**МАТЕРИАЛЫ  
I МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
«АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ:  
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ»**

**MATERIALS  
OF I INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE  
“ADAPTIVE PHYSICAL TRAINING AND SPORTS: CURRENT STATE AND  
DEVELOPMENT PROSPECTS”**

19-20 сентября 2019 года

**НУР-СУЛТАН  
2019**

**«БЕЙІМДІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ЖӘНЕ СПОРТ:  
ҚАЗІРГІ ЖАЙЫ ЖӘНЕ ДАМУ КЕЛЕШЕГІ»  
І ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯСЫ**

**Конференцияның ұйымдастыру комитеті**

<b>ТӨРАҒА</b>	Сыдықов Е.Б.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің ректоры
<b>ТӨРАҒА ОРЫНБАСАРЛА РЫ</b>	Молдажанова А.А.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің бірінші проректоры – оқу ісі жөніндегі проректор
	Мерзадинова Г.Т.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің ғылыми-зерттеу жұмысы жөніндегі проректоры
	Қамзабекұлы Д.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің әлеуметтік-мәдени даму жөніндегі проректоры
<b>ҰЙЫМДАСТЫРУ КОМИТЕТІНІҢ МҮШЕЛЕРІ</b>	Кашхынбай Б.Б.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің әлеуметтік ғылымдар факультетінің деканы
	Кулбаев А.Т.	Қазақ спорт және туризм академиясының ғылым, жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру және халықаралық байланыстар жөніндегі проректоры
	Исаханова А.А.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің әлеуметтік ғылымдар факультетінің ғылыми жұмыс жөніндегі декан орынбасары
	Токтарбаев Д.Г.-С.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің дене шынықтыру және спорт кафедрасының меңгерушісі
	Стоцкая Е.С.	Сібір мемлекеттік дене шынықтыру және спорт университеті бейімдік дене шынықтыру және спорт теориясы мен әдістемесі кафедрасының доценті
	Марчибаева У.С.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің дене шынықтыру және спорт кафедрасының доценті
	Сыздыкова С.Ж.	Астана медицина университеті спорт медицинасы курсымен профилактикалық медицина және тағамтану кафедрасының доценті
	Тунгышмуратова Л.С.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің дене шынықтыру және спорт кафедрасының аға оқытушысы
	Сидорова Р.В.	Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университетінің дене шынықтыру және спорт кафедрасының аға оқытушысы
	<b>ХАТШЫ</b>	Моисеева Н.А.

**I МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
«АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ:  
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ»**

**Организационный комитет конференции**

<b>ПРЕДСЕДАТЕЛЬ</b>	Сыздыков Е.Б.	Ректор Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева
<b>ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ</b>	Молдажанова А.А.	Первый проректор – проректор по учебной работе Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева
	Мерзадинова Г.Т.	Проректор по научно-исследовательской работе Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева
	Қамзабекұлы Д.	Проректор по социально-культурному развитию Евразийского национального университета им.Л.Н.Гумилева
<b>ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА</b>	Кашхынбай Б.Б.	Декан факультета социальных наук Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева
	Кулбаев А.Т.	Проректор по науке, послевузовского образования и международных связей Казахской академии спорта и туризма
	Исаханова А.А.	Заместитель декана по научной работе факультета социальных наук Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева
	Токтарбаев Д.Г.-С.	Заведующий кафедрой физической культуры и спорта Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева
	Стоцкая Е.С.	Доцент кафедры теории и методики адаптивной физической культуры и спорта Сибирского государственного университета физической культуры и спорта
	Марчибаева У.С.	Доцент кафедры физической культуры и спорта Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева
	Сыздыкова С.Ж.	Доцент кафедры профилактической медицины и питания с курсом спортивной медицины «Медицинский университет Астана»
	Тунгышмуратова Л.С.	Старший преподаватель кафедры физической культуры и спорта Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева
	Сидорова Р.В.	Старший преподаватель кафедры физической культуры и спорта Евразийского национального университета им. Л.Н.Гумилева
<b>СЕКРЕТАРЬ</b>	Моисеева Н.А.	Магистрант 2-го курса специальности «Физическая культура и спорт» Евразийского национального университета им.Л.Н.Гумилева

**ББК**  
**УДК**

**«Бейімдік дене шынықтыру және спорт: қазіргі жайы және даму келешегі»:** I халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалдары (19-20 қыркүйек 2019). – Нұр-Сұлтан: Л.Н. Гумилева ат. ЕҰУ, 2019. – 226 б.

**«Адаптивная физическая культура и спорт: современное состояние и перспективы развития»:** материалы I Международной научно-практической конференции (19-20 сентября 2019). – Нур-Султан: ЕНУ им.Л.Н.Гумилева, 2019. – 226 с.

**ISBN**

«Бейімдік дене шынықтыру және спорт: қазіргі жайы және даму келешегі»: I халықаралық ғылыми-практикалық конференция материалдар жинағында ғылыми қызметкерлерінің, мектеп мұғалімдерінің, емдік дене шынықтыру бойынша нұсқаушылардың, бейімдік спорт түрлері бойынша жаттықтырушылардың және білім алушылардың бейімдік дене шынықтыруды ұйымдастырудың жекелеген аспектілері бойынша ғылыми зерттеулердің нәтижелері берілген.

Мақалаларда Қазақстандағы және шет елдердегі бейімдік дене шынықтыру мәселелері мен даму келешектері, білім беру ұйымдарындағы бейімдік дене шынықтыруды ұйымдастырудың ерекшеліктері, бейімдік спорттағы спортшыларды даярлау мен қалыпқа келтірудің өзекті мәселелері, сондай-ақ бейімдік дене шынықтыруды жетілдіру мәселелерін анықтау мен шешу бойынша көзқарастар мен тәжірибелер қарастырылған.

Басылым бейімдік дене шынықтыру бағытындағы ғылыми қызметкерлерге, мұғалімдер мен оқытушыларға, жаттықтырушыларға, жоғары оқу орындары мен колледждердің білім алушыларына арналған.

В сборнике материалов I-ой Международной научно-практической конференций «Адаптивная физическая культура и спорт: современное состояние и перспективы развития» отражаются результаты научных исследований по отдельным аспектам теории и организации адаптивной физической культуры научных работников, учителей школ, инструкторов по лечебной физической культуре, тренеров по адаптивным видам спорта и обучающихся.

В статьях излагаются проблемы и перспективы развития адаптивной физической культуры в Казахстане и за рубежом, особенности организации адаптивной физической культуры в образовательных организациях, актуальные проблемы подготовки и восстановления спортсменов в адаптивном спорте, а также опыт и мнения по выявлению и решению проблем совершенствования адаптивной физической культуры.

Издание предназначено для научных работников, учителей и преподавателей, тренеров, осуществляющих свою деятельность в адаптивной физической культуре, а также обучающихся высших учебных заведений и колледжей.

The collection of articles based on the proceedings of the I International Scientific and Practical Conference “Adaptive Physical Training and Sports: Current Status and Development Prospects” reflects the results of research on certain aspects of the organization of adaptive physical training.

The articles describe experience and opinions of research and practical experts in identifying and solving the problems of improving AFE.

The issue is intended for experts in adaptive physical education of special correctional and comprehensive schools, as well as for students of higher educational institutions and colleges studying adaptive physical education.

**Жауапты редакторлар/ Ответственные редакторы:**

Тунгышмуратова Л.С., Моисеева Н.А., Стоцкая Е.С., Ульжекова Н.Т.

© РГП на ПХВ ЕНУ им.Л.Н.Гумилева, 2019

© «Молодые инвалиды города Астана», 2019

## МАЗМҰНЫ/СОДЕРЖАНИЕ

### Мемлекеттік және мемлекеттік емес ұйымдардағы бейімдік дене шынықтыру мәселелері мен даму келешектері / Проблемы и перспективы развития адаптивной физической культуры в государственных, коммерческих и некоммерческих организациях

Абдрахманов М.Б., Трунтягин А.А.	Адаптивный спорт в Костанайской области.....	18
Айгужинова Г.З., Айгужинов А.З., Темиргалиева С.Е.	Роль адаптивной физической культуры в социализации инвалидов и лиц, с отклонениями в состоянии здоровья.....	21
Доскараев Б.М., Бекембетова Р.А., Алтынбек Е.Т., Утешева Н.М.	Адаптивті спорт және оның бүгінгі таңдағы Қазақстандағы даму жағдайды.....	25
Кабидуллинов Е.А., Сейсебаев В.К.	Қостанай облысының мысылында бейімделген дене шынықтыруды дамытудың проблемалары мен перспективалары.....	35
Копжанов Ғ.Б.	Қазақстандағы бейімдік дене шынықтыру мен спорттың даму мәселелері.....	39
Ким В. В.	Социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях модернизации системы образования. Образовательный проект «мир детства в надёжных руках».....	43
Каскербаев М.Д.	Паралимпийское движение в Республике Казахстан, как составная часть современного международного паралимпийского движения.....	45
Моисеева Н.А., Токтарбаев Д.С., Тунгышмуратова Л.С.	О проблемах профессиональной компетентности педагогов организаций образования в сфере адаптивной физической культуры в Республике Казахстан.....	49
Сыздыкова С.Ж., Марчибаева У.С.	Развитие адаптивной физической культуры в Казахстане на современном этапе.....	53
Процюк О.А., Белькович В.Н., Козлова Л.И.	Проблемы социально-экономического регулирования в сфере адаптивной физической культуры и адаптивного спорта.....	57

Соловьева Н.А., Назаркина О.Н.	Адаптивный спорт как вид адаптивной физической культуры.....	60
Tumanova B., Ivanov E.	Development of speech olympics Bulgaria since 2003 to the present day.....	65
Тажигулова Б.М.	Паралимпиадалық қозғалыс-бейімдік дене шынықтыру және спорттың негізі ретінде.....	68

**Әртүрлі білім беру ұйымдарындағы бейімдік дене тәрбиесі /Адаптивное физическое воспитание в образовательных организациях различных видов**

Базарбаева К. К.	Бейімдеу және сауықтыру әдістерін дене тәрбиесі сабағында қолдану жолдары.....	71
Билык Д.М.	Адаптивные занятия плаванием у школьников с идиопатической ходьбой на носках.....	74
Балгимбеков Ш.А., Мухиддинов Е.М.	Қазіргі кезде мектеп оқушылары арасында тірек-қимыл аппаратының жиі тараған бұзылуларын дене шынықтыру жаттығуларымен түзету.....	76
Исмаилова С.И.	Адаптивное физическое воспитание как основной фактор повышения здоровья студентов специальной медицинской группы.....	81
Кефер Н.Э., Кудашова Л.Р., Андреюшкин И.Л., Геймор Е.В, Новикова А.О., Саттарова А.А.	Влияния занятий ЛФК на уроках физической культуры в специальной коррекционной школе на двигательные функции младших школьников с заболеванием ДЦП.....	84
Коптева Т.В.	Физическое развитие студенток специальной медицинской группы колледжа.....	89
Құланова Қ.Қ., Уалиева А.Қ.	Мүмкіндігі шектеулі балаларды түзете-дамытудың факторлары.....	92
Макиевская Н.В.	Использование РПК «Атлант» для детей с ДЦП на уроках АФК на базе школы № 584 «Озерки».....	97
Мамбетов К.Ш.	Мүмкіндігі шектеулі балалармен дене тәрбиесі сабағын ұйымдастыру және өткізу ерекшеліктері.....	102
Нұрсағиев Б. Ж.	«Ақ ниет» мектеп-интернатындағы емдік дене шынықтыру.....	105
Потешкин А.В., Таламова И.Г.	Упражнения для оценки координационных способностей у детей с детским церебральным параличом.....	107

Сейсенбеков Е.К., Әшімханов Ғ.Р., Әбішев К.С., Погодин В.В.	Бейімділік дене шынықтыруды білім беру мекемелерінде енгізудің өзекті мәселелері.....	112
---	--	-----

**Бейімдік спортта спортшыларды даярлау мен қалыпқа келтірудің өзекті мәселелері  
/Актуальные проблемы подготовки и восстановления спортсменов  
в адаптивном спорте**

Куртев С.Г., Поддубный С.К.	Проблемы допинга в адаптивном спорте.....	118
Комсюкова Д. А., Стоцкая Е. С.	Разработка базового комплекса упражнений на основе системы пилатеса для коррекции двигательных нарушений юных фехтовальщиков с ДЦП.....	121
Моисеева Н.А., Марчибаева У.С., Сидорова Р.В.	Особенности спортивной подготовки юных голболистов на спортивно-оздоровительном этапе.....	126
Мироненко Ю.А., Мироненко Е.Н.	Применение корригирующих упражнений в процессе тренировок теннисистов с нарушением слуха.....	130
Мусралинова А. Х., Стоцкая Е. С.	Методика занятий мини-футболом с детьми, имеющими общие расстройства поведения и психические нарушения.....	134
Саламашкина Н.В., Бубнов Г.Н.	Актуальные проблемы тренировочного процесса лиц с синдромом дауна в адаптивном каратэ (из опыта работы).....	138
Стоцкая Е.С.	Применение коррекционно-развивающих упражнений на занятиях адаптивным плаванием у детей с детским церебральным параличом .....	142
Таламова И.Г., Вернер В.В.	Использование мультипараметрического биоуправления при подготовке спортсменов-инвалидов.....	147

**Денені оңалтудың заманауи аспектілері /Современные аспекты физической  
реабилитации**

Агапова Г.В., Трубицкая Л.А.,	Шейпинг-терапия как средство физической реабилитации студентов в вузе.....	150
Ахметжанов Т.А., Ахметжанов Б.Т., Оразов Д.О.	Опыт применения адаптогенов алтая в практике медико- биологического сопровождения лиц-переселенцев (мигрантов) на примере г. Нур-Султан.....	154
Волкова Е.С., Кулешова М.А.	Тренажер «Аквасайкл» в физической реабилитации женщин 50-55 лет с висцеральным ожирением 2 степени.....	157



Горшунова Е.П., Киселёва Ю.М., Налобина А.Н.	Применение средств ЛФК для формирования моторных функций у детей дошкольного возраста с расстройствами аутического спектра.....	159
Ераскин Д.А., Налобина А.Н.	Методика восстановления функций верхних конечностей у пациентов с травматической болезнью спинного мозга (шейного отдела) в отдаленном восстановительном периоде.....	163
Сальникова Е.П., Янгуров И.В.	Модифицированная методика физической реабилитации при цервикальной дистонии.....	168
Трубицкая Л.А., Агапова Г.В.	Иппотерапия как метод физической реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями.....	170
Тулемисова А. Т.	Место лечебной физкультуры и механотерапии в терапии ювенильных артритов. Школа для детей ювенильных артритов.....	175
Федорова Т.Н., Бычкова Е.Г.	Обоснование методики лечебной гимнастики при ишемическом инсульте в сочетании с метаболическим синдромом.....	179
Шамшуалеева Е.Ф., Воробьева Т.Г., Харченко Л.В., Ватина Е.В.	Инновационные технологии в реабилитации детей с детским церебральным параличом (ДЦП).....	182

**Бейімдік дене шынықтыру мен білім берудегі инклюзивтік тәсілдеме /  
Инклюзивный подход в образовании и адаптивной физической культуре**

Ерданова Г. С.	Инклюзивті білім беру жағдайында болашақ дене мәдениеті мұғалімінің іс-әрекетінің ерекшеліктері.....	187
Николаева В.И., Игнатенко С. М.	Особенности развития инклюзивного образования и проведения регионального Чемпионата «Абилимпикс» на примере опыта работы в БПОУ ОО «Омский колледж профессиональных технологий».....	189

**Дене шынықтыру мен спорттағы жалпы мәселелер /Общие вопросы физической культуры и спорта**

Алманиязова Ш.А.	Оқушылардың дене белсенділігін арттырудағы ынталандыру мен уәждеудің маңыздылығы.....	194
Даутова А.З., Садыкова Л.З., Шамратова В.Г.	Оценка гормональных и гематологических показателей студентов в зависимости от толерантности к физическим нагрузкам.....	197
Жумадилханов А.А., Имангаликова И.Б., Анес Д.А., Оразов Д.О.	Методика развития двигательных способностей посредством футбола.....	202

Муратова Б.А.	Охрана здоровья первокурсников: психологическая адаптация в вузе.....	207
Нарымбетова А.О.	Суставная гимнастика С.Бубновского как эффективный способ развития гибкости у учащихся.....	213
Омаров Е.Б., Ясынов Ж., Дюсенов С.М., Молдан Е.	Адаптация к оптимальному двигательному режиму - основное условие здорового образа жизни.....	218



**Уважаемые участники  
Международной научно-практической конференции!**

Поздравляю Вас с проведением международной научно-практической конференции, посвященной адаптивной физической культуре и спорту.

Адаптивная физическая культура и спорт – это одно из эффективных направлений в системе комплексной реабилитации людей с инвалидностью, которое приобретает все большее значение во всем мире.

Адаптивная физкультурно-оздоровительная и спортивно-массовая работа с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья, во всех регионах и населенных пунктах должна быть направлена на увеличение числа занимающихся физической культурой и спортом для всех возрастных групп.

Государство оказывает все меры поддержке для развития паралимпийского движения в Казахстане, тому свидетельство, открытие уникального Паралимпийского тренировочного центра соответствующего всем международным стандартам в городе Нур-Султан.

Министерством культуры и спорта Республики Казахстан в данном направлении будет продолжена работа и приняты меры в соответствии с резолюцией Международной научно-практической конференции.

Выражаю благодарность организаторам конференции и желаю плодотворной и эффективной работы!

**Раимкулова Актоты Рахметуллаевна,  
министр культуры и спорта Республики Казахстан**



### **Дорогие друзья!**

Фонд развития социальных проектов «Samruk-Kazyna Trust» от лица всей группы компаний АО «Самрук - Қазына» всегда стремится поддерживать инициативы, которые системно решают социальные проблемы.

Одним из направлений нашей работы стало развитие инклюзивного общества и партнерство с ОО «Мир равных возможностей», который занимается внедрением адаптивной физической культуры в Казахстане.

Современный мир сложно представить без развития инклюзивного общества, когда все люди становятся равными в своих возможностях. Развивается не только инфраструктура, но и система образования, в которой инклюзия – это больше не новость, а нормальная, повседневная практика.

Мы рады поддержать проект, благодаря которому учеными проведена колоссальная работа, изучена специальная литература, разработаны практические основы. Все это для того, чтобы помочь будущим тренерам и преподавателям эффективно развивать адаптивную физическую культуру.

Итогом многолетнего труда специалистов стал выпуск первого в Казахстане пособия по адаптивной физической культуре и проведение I Международной научно-практической конференции по адаптивному спорту, в рамках которой, ведущие эксперты из разных стран представили свои пути решения проблем внедрения инклюзивного спорта.

Уверен, что научные труды, представленные в этом сборнике, будут широко использоваться при подготовке специалистов, и помогут детям с особыми потребностями полноценно заниматься физической культурой, а значит поддерживать в себе дух лидерства, стремления к победе.

**Азбергенов Дияс Сержанович,  
генеральный директор Фонда развития  
социальных проектов «Samruk-Kazyna Trust»**



### **Уважаемые участники и гости конференции!**

Мы живем в эпоху глобализации, которая как общемировая тенденция развития современного общества охватывает все направления человеческой жизнедеятельности. Физическая культура и спорт в жизни людей с ограниченными возможностями выполняют функции жизнеобеспечения, развития и совершенствования организма.

В настоящее время в развитии физической культуры и спорта среди людей с инвалидностью в Казахстане формируется возрастание роли государства. На данный момент вопрос вовлечения большего числа людей с инвалидностью к занятиям физической культуры и спортом стал одним из основных направлений партийного проекта партии «Nur Otan» «Кедеггісіз келешек». Государственная поддержка, инициативы партии «Nur Otan» и других неправительственных организаций, отзывчивость национальных компаний, содействие академического сообщества обеспечат условия формирования и развития адаптивной физической культуры в нашей стране.

Благодаря гражданской инициативе со стороны ОО «Общество родителей детей с инвалидностью «МИР РАВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ» и поддержке Фонда развития социальных проектов «Samruk-Kazyna Trust» в Казахстане первые шаги по разработке учебно-методических материалов по адаптивной физической культуре и спорту были сделаны в стенах нашего университета совместно с Сибирским государственным университетом физической культуры и спорта.

Тот факт, что I Международная научно-практическая конференция «Адаптивная физическая культура и спорт: современное состояние и перспективы развития» проходит на базе Евразийского национального университета им. Л.Н. Гумилёва свидетельствует о признании наших заслуг. Выражаю благодарность всем участникам конференции и гостям, которые нашли время, чтобы посетить столицу Казахстана.

Желаю плодотворных дискуссий и новых достижений!

**Сыдыков Ерлан Батташевич,  
ректор Евразийского национального  
университета им. Л.Н. Гумилева**



**Уважаемые участники  
Международной научно-практической конференции!**

От имени Сибирского государственного университета физической культуры и спорта рад приветствовать вас на I Международной научно-практической конференции «Адаптивная физическая культура и спорт: современное состояние и перспективы развития».

Адаптивная физическая культура, представляя собой справ знаний и достижений множества областей науки о человеке, освещает достаточно широкий спектр вопросов, посвященных адаптивному физическому воспитанию, адаптивному спорту, физической реабилитации, адаптивной двигательной рекреации и др. Адаптивное физическое воспитание играет определяющую роль в развитии ребенка с отклонениями в состоянии здоровья. Постоянно растущая конкуренция в адаптивном спорте свидетельствует о необходимости разработки новых средств и методов спортивной тренировки, медико-биологического сопровождения физкультурно-спортивной деятельности лиц, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Международное сотрудничество стимулирует появление новой профессиональной дискуссионной площадки по обмену знаниями, опытом и лучшими практиками среди специалистов наших стран и способствует появлению инновационных высокоэффективных технологий восстановления здоровья населения, совершенствованию управления спортивно-массовой работой среди людей с инвалидностью, расширению нормативно-правовой базы данной отрасли.

Выражаем уверенность в том, что конференция пройдет на высоком организационном уровне, сумеет дать объективную оценку сложившейся ситуации в области адаптивной физической культуры и спорта, найти пути решения наиболее актуальных проблем.

Желаю всем участникам, гостям и организаторам конференции успехов и благополучия!

**Шалаев Олег Степанович,  
ректор Сибирского государственного  
университета физической культуры и спорта**



### **Уважаемые участники конференции!**

Поздравляю Вас с участием в I Международной научно-практической конференции «Адаптивная физическая культура и спорт: современное состояние и перспективы развития».

Адаптивная физическая культура – это важнейший институт реализации государством социальной политики по отношению к людям с инвалидностью.

Понимание необходимости научного осмысления адаптивной физической культуры как социокультурного явления, создание ее методологии и разработки образовательных программ для подготовки специалистов по работе с людьми с инвалидностью стали положительными показателями успешного становления и развития адаптивной физической культуры в России.

В Российской системе образования она выросла от небольшого спецкурса до отдельного направления подготовки кадров с высшим образованием.

Для поддержания и развития двигательных возможностей человека с инвалидностью и формирования его личности квалифицированный педагог должен обладать необходимым комплексом фундаментальных и прикладных знаний и практических умений.

Я очень рад принять участие в первой в Казахстане научно-практической конференции по адаптивной физической культуре.

Надеюсь на установление прочных научных связей в области адаптивной физической культуры и спорта между российскими и казахстанскими вузами.

Благодарю организаторов за приглашение и желаю участникам конференции успеха в поиске решений актуальных задач научной, государственной и общественной значимости!

**Евсеев Сергей Петрович,  
заведующий кафедрой теории и методики адаптивной  
физической культуры Национального Государственного  
Университета физической культуры, спорта и здоровья  
имени П. Ф. Лесгафта г. Санкт-Петербурга,  
вице-президент Паралимпийского комитета  
Российской Федерации**



### **Дорогие друзья!**

Свое приветственное слово хочу начать с простых жизненных наблюдений. Вот живут рядом люди, которые абсолютно не жалуются на кризис, не хнычут, не ждут, когда государство примет справедливые законы, не обращают внимания на внешние неурядицы. Потому, что им никогда не было легко, им всю жизнь приходится что-то преодолевать. Их много, возможно мы их не замечаем, но они есть. Такие люди не вызывают сострадания, они вызывают чувство гордости и желания стать сильнее. Это спортсмены с инвалидностью.

Всем известно, что людям с инвалидностью каждый день необходим определенный толчок для реабилитации. Спорт является той самой отдушиной и эффективным способом реабилитации их здоровья. Они каждый день, преодолев боль и свой диагноз, спешат на тренировки, чтобы стать лучше и сильнее.

С уверенностью можно говорить, что это сильные духом люди.

Благодаря сильным чертам своего характера, огромной силе воле, наперекор всем ударам судьбы, спортсмены с инвалидностью своими достижениями в спорте показывают нам, как нужно бороться и не сдаваться. Все их достижения меняют в корне наше отношение к ним, как к людям с ограниченными возможностями.

Такие люди являются хорошим примером того, как нужно любить жизнь, стремиться добиваться результатов и не останавливаться на достигнутом.

Проведение первой Международной конференции по адаптивной физической культуре является значимым событием для всех нас, и я уверен, что она позволит определить пути дальнейшего развития спорта среди людей с инвалидностью.

**Боранбаев Кайрат Советаевич,  
президент Национального  
паралимпийского комитета  
Республики Казахстан**





### **Уважаемые друзья!**

Адаптивная физическая культура – это комплекс мер, изменяющий отношение общества к людям с ограниченными возможностями, превращающая их из зрителей в активных участников жизни. Знания по АФК помогают открывать таланты и возможности людей с инвалидностью, помогают им становиться полезными и производительными гражданами страны, получать удовольствие от своих результатов. Это реально важнейшая и интересная работа.

Специальное олимпийское движение является одним из ведущих направлений адаптивного спорта и объединяет 180 стран мира, а с 1988 года является членом Международного олимпийского комитета.

Миссией Всемирного спортивного движения Special Olympics является организация круглогодичных тренировок и проведение соревнований по многим олимпийским видам спорта для детей, подростков и молодежи с ограниченными интеллектуальными возможностями с целью их социализации и интеграции в общество.

ОО «Казахстанская Специальная Олимпиада» создано в Казахстане в 1990 году. Мы развиваем 24 вида, во всех областях есть филиалы. Ежегодно проводятся соревнования на областном и республиканском уровне. Сборные команды принимают участие во Всемирных летних и зимних Специальных Олимпийских Играх.

Я желаю участникам конференции плодотворной работы, которая принесет много возможностей и радости людям с ограниченными возможностями.

Вместе с тем, хочу выразить слова благодарности всем за поддержку развития спорта в Казахстане.

**Бахарева Ольга Сергеевна,  
президент ОО «Казахстанская  
Специальная Олимпиада»**



### **Уважаемые участники конференции!**

Позвольте приветствовать вас на этом мероприятии и поблагодарить организаторов данной конференции за привлечение внимания общественности к актуальным вопросам Адаптивной физической культуры и спорта и пожелать дальнейших успехов.

Тема конференции – весьма актуальная, непростая. Одним из эффективных направлений в системе комплексной реабилитации людей с особыми потребностями является адаптивная физическая культура и спорт.

Основной целью привлечения людей с инвалидностью к занятиям физкультурой и спортом является создание необходимых условий для воссоединения людей с особыми потребностями с обществом, участия в общественно полезном труде и реабилитации своего здоровья. Кроме того, регулярные занятия способствуют психическому и физическому совершенствованию, а также социальной интеграции и физической реабилитации.

ОО «Дефлимпикс Казахстан» с 1992 года по 2016 год, функционировавший как ОО «Спортивный союз глухих», является координирующим органом и представляет интересы спортсменов-инвалидов с нарушением слуха Республики Казахстан на международной спортивной арене, а также с 1995 года является членом Международного Сурдлимпийского комитета глухих (ICSD).

Хочу особенно отметить что, есть хорошие спортивные достижения сурдлимпийского движения. На международных комплексных соревнованиях за годы Независимости Республики Казахстан спортсмены сурдлимпийцы стали обладателями 22 медалей (3 золотых, 3 серебряных, 16 бронзовых).

Все это говорит, о том что есть серьезный потенциал развития спорта среди лиц с нарушением слуха.

Желаю всем участникам конференции плодотворной и эффективной работы в совершенствовании системы Адаптивной физической культуры и спорта.

**Балиева Загипа Яхьяновна,  
президент ОО «Дефлимпикс Казахстан»,  
депутат Мажилиса Парламента Республики Казахстан**

# ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ, КОММЕРЧЕСКИХ И НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

УДК 796

**Абдрахманов М.Б.**

Костанайская академия Министерства внутренних дел Республики Казахстан  
имени Шпракбека Кабылбаева  
г.Костанай, Республика Казахстан

**Трунтягин А.А.**

Академия права и управления Федеральной службы исполнения наказаний  
Российской Федерации  
г.Рязань, Российская Федерация

## АДАПТИВНЫЙ СПОРТ В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ

***Аннотация.** В данной статье на примере Костанайской области рассмотрены проблемы и перспективы развития адаптированной физической культуры и представлен ряд предложений.*

***Ключевые слова:** лица с ограниченными возможностями, адаптированная физическая культура, специалисты по адаптированной физической культуре.*

## ҚОСТАНАЙ ОБЛЫСЫНДАҒЫ БЕЙІМДЕУ СПОРТЫ

***Аңдатпа.** Бұл мақалада Қостанай облысының мысалында бейімделген дене шынықтыруды дамытудың проблемалары мен перспективалары қарастырылған және бірқатар ұсыныстар көрсетілген.*

***Түйін сөздер:** мүмкіндігі шектеулі тұлғалар, бейімделген дене шынықтыру, арнайы бейімделген дене шынықтыру мамандары.*

## ADAPTIVE SPORTS IN KOSTANAY REGION

***Abstract.** In this article on the example of Kostanay region problems and prospects of development of the adapted physical culture are considered and a number of offers is presented.*

***Keywords:** people with disabilities, adapted physical training, special adapted physical training specialists.*

Адаптивный спорт в Казахстане становится все популярнее, но к сожалению, о параспортеменах можно услышать только в крупных областных городах. Ведь для людей с ограниченными физическими возможностями это не только адаптация и среда для общения, но и вызов обществу доказать, что никаких ограничений для спорта не существует.

«Одним из значимых факторов массового спорта является вовлечение к занятиям физической культурой и спортом лиц с ограниченными возможностями», - сказал министр Арыстанбек Мухамедиулы на Правительственном часе в Мажилисе Парламента РК, посвященному системе мер по развитию массовой физической культуры и спорта в стране, сообщает [Zakon.kz](http://Zakon.kz) со ссылкой на пресс-службу Министерства культуры и спорта РК.

По сравнению с 2009 годом число занимающихся спортом выросло более чем в два раза и составило 25 тысяч человек или 9,7% от общего числа инвалидов, имеющих показания к занятиям спортом, — сообщил глава ведомства. «Сегодня в республике в городах Астана и Алматы, Алматинской, Акмолинской, Актюбинской, Атырауской, Жамбылской, Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Мангистауской, Костанайской областях функционируют 11 спортивных клубов для инвалидов.

Действующие нормативные правовые акты в Республике Казахстан в большей степени направлены на преодоление социальных, экономических, институциональных и политических барьеров, которые могут усугублять проблему инвалидности и тем самым ограничивать возможности лиц, имеющих инвалидность, участвовать в социальной и экономической жизни.

В 2015 году Казахстан ратифицировал Конвенцию о правах инвалидов. В целях эффективной организации работы по ратификации Конвенции о правах инвалидов в стране поэтапно реализуется План мероприятий по обеспечению прав и улучшению качества жизни инвалидов в РК на 2012–2018 гг. На 1 января 2016 года получателями государственных социальных пособий по инвалидности являются более 500,4 тысяч человек.

На прошедших Азиатских Паралимпиадах-2018 года в Джакарте казахстанскому пловцу **Дмитрию Ли** удалось отметить пятью наградами. В частности, он выиграл два "серебра" и две "бронзы" и золотую медаль в плавании на 400 метров вольным стилем. В беседе с корреспондентом Vesti.kz 22-летний спортсмен рассказал о главных особенностях подготовки к соревнованиям, о двух сторонах успеха и желании подняться на пьедестал Паралимпиады-2020. На данный момент он уже является двукратным чемпионом Азиатских игр. Участвовал на предыдущих Играх, где стал победителем. И на этой же дистанции - 400 метров вольным стилем. В этом же виде программы удерживает рекорд Азии. Также в активе победы на чемпионате Казахстана и крупных международных соревнованиях.

Напомним, Дмитрий Ли с результатом четыре минуты 29,17 секунды показал первое время на дистанции 400 метров вольным стилем. Он выиграл два "серебра" и две "бронзы". Серебряные медали он завоевал на дистанции 100 метров вольным стилем и в комплексном плавании на 200 метров, а бронзовые - баттерфляем на 100 метров и 50 метров вольным стилем.

Малика Муктарова танцы на колясках – В 2015 году стала пятикратной чемпионкой Костанайской области по спортивно-бальным танцам. С 2016 года девушка - участница международных конкурсов. В сентябре 2016 года она стала бронзовым призером Кубка мира по спортивным танцам на колясках. Соревнование проходило в г. Санкт-Петербурге. Участниками турнира стали более 200 спортсменов из России, Казахстана, Австрии, Бельгии, Беларуси, Гонконга, Италии, Кореи, Словении, Финляндии и Японии. В ноябре 2016 года Малика стала Чемпионкой Азии по танцам на колясках в Тайване. Она завоевала на чемпионате две золотые и одну бронзовую медали. В июне 2017 года она стала чемпионкой Казахстана по танцам на колясках. Бронзовый призер чемпионата по паратанцам в Германии (2018).

Первая в истории Казахстана чемпионка Паралимпиады по плаванию **Зульфия Габидуллина** успешно продолжает выступать на крупных международных стартах. В Джакарте на Азиатских Паралимпиадах она три раза поднялась на ступень пьедестала, при этом выиграв свою коронную дистанцию. В Индонезии спортсменка собрала полный набор наград. В плавании на 200 метров вольным стилем Габидуллина финишировала третьей. "Серебро" ей удалось завоевать на дистанции 50 метров вольным стилем. В своей коронной дисциплине - 100 метров вольным стилем - Габидуллиной, как и на Паралимпиаде - 2016, не было равных.

**Какая же основная мотивация в спорте, которая стимулирует?** – «Нельзя опускать планку вниз. Нужно ее всегда поднимать, всегда двигаться только вперед. И

всегда следует достигать своих промежуточных вершин. Этим я и живу в спортивном плане», - сообщает Габидуллина.

Спортсмены-инвалиды в Казахстане нуждаются в поддержке государства, об этом во время записи программы "Детектор G" сообщил генеральный секретарь Национального паралимпийского комитета РК **Василий Шиманский**, передает Tengrinews.kz. Он подчеркнул, что стране необходим специализированный закон и расходная статья в бюджете на развитие паралимпийского движения. Гость программы "Детектор G" отметил, что понимание со стороны Правительства, активисты инвалидного спорта находят. С 2014 года понятие "паралимпиец" и все, что связано с инвалидным спортом, включено в "Закон о спорте РК".

В Казахстане люди с ограниченными физическими возможностями 1-й и 2-й групп имеют право бесплатно посещать спортивные секции и спортивные объекты, а инвалиды третьей группы с 50-процентной скидкой. Но проблема состоит в том, что спортивные объекты в основной массе частные и не всегда предоставляется время и место удобное для занятий, так же администрация требует утвержденные списки от общественных организаций. А ведь законом предусмотрено, что пропуском для занятий в спортзал для людей с ограниченными физическими возможностями должно служить удостоверение инвалида.

Паралимпийский спорт сталкивается с недостаточной обеспеченностью необходимым финансированием, в первую очередь на государственном уровне, из-за чего возникают различные проблемы и сложности в его становлении, такие как низкая обеспеченность специализированных спортивных сооружений и инвентаря, и их труднодоступность. Конечно сейчас нужно отметить положительную динамику внимания спонсоров, которые оказывают помощь в затратах на экипировку и помощь в тренировках.

Но затраты для участия в официальных, отборочных соревнованиях, юридическую, медицинскую и методическую помощь должны брать на себя областные и районные акиматы. Пока же поддержка государства выражается лишь в организации и проведении региональных спартакиад для инвалидов.

Рассматривая данный вопрос, конечно хочется выделить ряд проблем на примере Костанайской области, где создан клуб, но условия для развития требуют большой работы, это:

1. Недостаточное финансирование;
2. Отсутствие специалистов для работы со спортсменами, имеющими ограниченные возможности. Данные тренера должны проходить определенную подготовку, так как спортсмены требуют другого подхода и эмоционального и физического характера, да и для тех, кто работает, не предусмотрены условия надбавок;
3. Отсутствие специализированной базы для спортсменов-инвалидов. Приходится проситься в тренировочные залы спортивных школ. Залы предоставляются, но условия невозможные, так как не приспособлены для параспортсменов (неудобное время, нахождение на 2-3 этажах, тренеры поднимают их сами, туалеты и душевые не приспособлены);
4. Не выделяются транспортные средства для выезда на соревнования, а так же авиа и ж.д. транспорт не создает условий для переезда между городами/странами;
5. Слабая работа общественных объединений инвалидов по решению вопросов доступной среды и спортивного вовлечения, многие из них находятся в не очень «хорошем» психологическом состоянии и полностью отвергают различные занятия и публичные мероприятия;
6. Отсутствие доступной среды во многих городах и населённых пунктах, люди, передвигающиеся на коляске, порой даже не могут выбраться на улицу из-за отсутствия пандусов (а там, где есть, чаще сделаны неправильно, спуск по которым может быть чреват. К примеру, пандусы с крутым спуском - скользкие, или слишком маленькие или

вообще не приспособленные для спуска). Для колясочников отсутствуют специализированные средства для того, чтобы добраться до спортивных сооружений или там, где могут проводиться тренировки. Тротуары так же во многих городах не приспособлены для передвижения на коляске. Так же нельзя не сказать о доступности самих спортивных комплексов, доступность к тренировкам;

7. Так же низкий уровень проживания практически у большинства инвалидов отнимает возможность заниматься спортом.

Исходя из всего, можно сделать вывод, что паралимпийское движение заметно набирает популярность за последние годы, конечно, есть масса вопросов, которые необходимо решать, нам нужно не забывать, что спорт для инвалидов – это не просто способ укрепить свое физическое здоровье. Он помогает избавиться от многих комплексов и страхов, поверить в себя. Чем больше человек вовлечен в спорт, тем меньше у него остается времени думать о своей болезни. Из этого следует, что проведение различных соревнований, олимпиад, имеет большое значение для людей и выводит паралимпийский спорт на международный уровень.

### **Библиографический список**

1. [http// Vesti.kz](http://Vesti.kz)
2. [http// Tengrinews.kz](http://Tengrinews.kz)
3. [http// Zakon.kz](http://Zakon.kz)
4. Информация о достижениях «Спортивного клуба инвалидов» Управления физической культуры и спорта акимата Костанайской области за 2019 год
5. Т.П. Бегидова. Основы адаптационной физической культуры: Учебное пособие. – М.: Физическая культура и спорт, 2007.
6. Медико-социальные основы независимой жизни инвалидов: Учебное пособие / В.С. Ткаченко. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2010.
7. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник. В 2 т. Т.1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под общей ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2003.

УДК 796

**Айгужинова Г.З.**, магистр

Павлодарский государственный педагогический университет

г. Павлодар, Республика Казахстан

[gulmira\\_aiguzhinova@mail.ru](mailto:gulmira_aiguzhinova@mail.ru)

**Айгужинов А.З.**, магистрант

Павлодарский государственный педагогический университет

г. Павлодар, Республика Казахстан

**Темиргалиева С.Е.**, магистр

Павлодарский государственный университет им. С.Торайгырова

г. Павлодар, Республика Казахстан

### **РОЛЬ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В СОЦИАЛИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

*Аннотация.* Адаптивная физическая культура, как многосложное функциональное явление и ее влияние на различные стороны жизни всего общества и

каждого человека, имеющего физические, интеллектуальные, сенсорные и другие стойкие дефекты.

**Ключевые слова:** адаптивная физическая культура, адаптивная двигательная рекреация, физическая реабилитация.

## THE ROLE OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE IN THE SOCIALIZATION OF PERSONS WITH DISABILITIES AND DISABILITIES

**Abstract.** *Adaptive physical culture as a polysyllabic functional phenomenon and its influence on various aspects of life of the whole society and each person having physical, intellectual, sensory and other persistent defects.*

**Key words:** *adaptive physical culture, adaptive motor recreation, physical rehabilitation.*

**Актуальность.** Создание оптимальных условий для жизнедеятельности, восстановления утраченного контакта с окружающим миром, психо- педагогической реабилитации, социально-трудовой адаптации и интеграции инвалидов в общество относится сегодня к числу первостепенных государственных задач.

Адаптивная физическая культура в социальной интеграции лиц с отклонениями в состоянии здоровья, как составляющая часть общего процесса социальной интеграции - процесса установления оптимальных связей между социальными институтами, группами. Социальная интеграция инвалидов - двусторонний процесс, предполагающий взаимное сближение, встречное движение двух социальных субъектов - инвалидов, стремящихся к включению в общество здоровых людей, и самих этих людей, которые должны создать благоприятные условия для такого включения. Основные фундаментальные теории социализации (ролевая, критическая, теория коммуникации и др.). Адаптивная физическая культура и социализация личности человека с отклонениями в состоянии здоровья. АФК как путь адаптации человека к общественным нормам, ролям, функциям и т.п., и способ «заоевания» конкретного социального пространства [1].

**Основная задача адаптивного физического воспитания** состоит в формировании у инвалидов осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических; занятиях физическими упражнениями и, вообще, в осуществлении здорового образа жизни в соответствии с рекомендациями валеологии [2].

Содержание адаптивного спорта (как базового, так и высших достижений) направлено прежде всего на формирование у инвалидов (особенно талантливой молодежи) высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах на состязаниях с людьми, имеющими аналогичные проблемы со здоровьем.

**Реализация принципов воспитания личности** в процессе адаптивной физической культуры (принцип общественно-ценной целевой направленности; принцип связи содержания и организации воспитательного процесса с жизнью, трудом, досугом; принцип единства требований со стороны всех, участвующих в воспитании; принцип комплексного подхода и формированию личности; принцип воспитания в коллективе и через коллектив; принцип уважения к личности в сочетании с требовательностью; принцип опоры на положительное; принцип дифференцированного подхода).

**Методы формирования нравственного сознания** и практического приучения (наглядный пример, методы убеждения; одобрения, похвала и осуждение, порицание, неодобрение; поощрение и наказание). Умственное (интеллектуальное), нравственное, эстетическое, трудовое, волевое, экологическое и другие виды воспитания в процессе занятий адаптивной физической культурой. Взаимодействие специалиста по адаптивной физической культуре с учителями (преподавателями) по другим учебным дисциплинам,

врачами и психологами образовательных учреждений. Воспитание самостоятельности и независимости [3].

*Главная группа задач* адаптивной физической культуры — коррекционные, компенсаторные и профилактические. Задачи коррекции основного дефекта (сенсорных систем, опорно-двигательного аппарата, речи, интеллекта, соматических функциональных систем и др.), сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, обусловленных основным дефектом и сопутствующими заболеваниями. Задачи компенсации функций организма в случае невозможности коррекции основного дефекта, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений. Задачи профилактики сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений при наличии тех или иных дефектов.

Адаптация традиционной группы задач физической культуры - образовательных, воспитательных, оздоровительных - для инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья различных нозологических групп. Физическое упражнение - основное средство адаптивной физической культуры. Классификация физических упражнений. Естественно-средовые и гигиенические факторы в адаптивной физической культуре. Общепедагогические и другие средства и методы в АФК (вербальные, идеомоторные и психорегулирующие, наглядные, технические и др.).

*Средства коррекции двигательной сферы* и основных, жизненно и профессионально важных двигательных действий: осанки, плоскостопия, телосложения; ходьбы, бега, прыжков, лазанья и перелезания, метаний и мелкой моторики; расслабления, согласованности движений, ориентировки в пространстве и во времени; дифференцировки усилий, пространства, времени; равновесия; быстроты реагирования на изменяющиеся условия, дифференцировки тактильных ощущений, устойчивости к вестибулярным раздражителям и др. [4].

*Сюжетные и подвижные игры* — важнейший компонент содержания адаптивной физической культуры. Классификация сюжетных и подвижных игр. Игры, интегрирующие двигательную активность и деятельность, характерную для других учебных дисциплин; с элементами математических представлений, с речевой деятельностью, с информацией об окружающем мире, с представлениями о частях тела, о направлениях движения. Телесно-ориентированные средства сказкотерапии, игротерапии, форм коррекционной ритмопластики и др. [5].

*Методы обучения двигательным действиям* в адаптивной физической культуре (методы организации учебной деятельности, стимулирования, контроля и самоконтроля учебной деятельности). Методы развития физических качеств и способностей (равномерный, переменный, повторный, интервальный, игровой, соревновательный, круговой). Комплексное применение методов адаптивной физической культуры.

В связи с этим рассмотрим основные аспекты перечисленных видов адаптивной физической культуры и выделим ряд проблем, препятствующих их эффективной реализации [6].

1. Несмотря на значительные успехи в подготовке специалистов по адаптивному спорту и создания системы повышения квалификации, все еще острой проблемой является нехватка кадров. Большинство тренеров сегодня обучались для работы со здоровыми спортсменами. Для занятий с инвалидами мало общих знаний по физкультуре, необходимы специальные знания, связанные с психологией и медициной.

2. Отсутствие сертифицированных врачей, имеющих специальное образование в области диагностики спортсменов на предмет определения их к спортивному классу в определенном виде спорта. Врачи-классификаторы на сегодняшний день достаточно редкая профессия, содержание такого специалиста может себе позволить не каждый Центр спортивной подготовки, не говоря уже о школах адаптивного спорта.



3. Невозможность финансирования восстановительных мероприятий. Спортсмену-инвалиду необходима фармакологическая поддержка и медицинская реабилитация, на которую в регионах не выделяются средства.

4. Нет обоснованного подхода к планированию учебно-тренировочного процесса со спортсменами-инвалидами, принципов отбора одаренных людей.

Становится понятно, что, несмотря на проделанную работу и постоянное развитие адаптивного спорта, существуют проблемы развития физической культуры и спорта людей с ограниченными возможностями в регионах. Для их решения необходимо реализовывать стратегию развития физкультуры и спорта на период до 2025 года, совершенствовать нормативно-правовую базу, активизировать все региональные возможности пропаганды, создать механизмы реализации развития адаптивной физкультуры, обеспечить контроль и мониторинг концепции развития спорта среди инвалидов.

Активизация работы с инвалидами в области физической культуры и спорта, несомненно, способствует гуманизации самого общества, изменению его отношения к этой группе населения, и тем самым имеет большое социальное значение.

В сфере физической реабилитации инвалидов по-прежнему существует недооценка того обстоятельства, что физкультура и спорт гораздо более важны для человека с ограниченными возможностями, чем для благополучных в этом отношении людей. Активные физкультурно-спортивные занятия, участие в спортивных соревнованиях являются формой так остро необходимого общения, восстанавливают психическое равновесие, снимают ощущение изолированности, возвращают чувство уверенности и уважения к себе, дают возможность вернуться к активной жизни [7].

Главной задачей все же остается вовлечение в интенсивные занятия спортом как можно большего числа инвалидов в целях использования физкультуры и спорта как одного из важнейших средств для их адаптации и интеграции в жизнь общества, поскольку эти занятия создают психические установки, крайне необходимые для успешного воссоединения инвалида с обществом и участия в полезном труде. Применение средств физической культуры и спорта является эффективным, а в ряде случаев единственным методом физической реабилитации и социальной адаптации.

### **Библиографический список**

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М., 1984. Учебное пособие. М.: Вузовский учебник. 2009. – 384 с.
2. Волков М.В., Дедова В.Д. Детская ортопедия. – М., 1980.
3. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. Т. 1. – М., 2005.
4. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. Т. 2. – М., 2007.
5. Рожков П.А., Сладкова Н.А., Поляков Б.А., Выходец И.Т. Классификационный кодекс и международные стандарты. – М., 2008.
6. Толмачев Р.А. Адаптивная физкультура и реабилитация слепых и слабовидящих. – М., 2004
7. Шапкина Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебник. – М., 2007.

**Доскараев Б.М.**

Қазақ спорт және туризм академиясының Спорт ғылыми-зерттеу институты  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы

**Бекембетова Р.А.**

Қазақ спорт және туризм академиясының Спорт ғылыми-зерттеу институты  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы

**Алтынбек Е.Т.**

Қазақ спорт және туризм академиясының Спорт ғылыми-зерттеу институты  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы

**Утешева Н.М.**

ҚР Президенті Іс Басқармасына қарасты клиниканың дәрігер-терапевті  
Алматы қ., Қазақстан Республикасы

## **АДАПТИВТІ СПОРТ ЖӘНЕ ОНЫҢ БҮГІНГІ ТАҢДАҒЫ ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ДАМУ ЖАҒДАЙЫ**

***Аңдатпа.** Бұл мақалада елдегі адаптивті спорттың дамуы, оның Қазақстанның Тәуелсіздік жылдарында орнығуы, сондай-ақ, осы арнайы спорт түрін дамытудың құрылымы мен тенденцияларының негізгі принциптері туралы баяндалады. Мұнда сонымен бірге спорттағы басты объективті факторлар, олардың педагогикалық, психологиялық және тәжірибелік аспектілері жөнінде мәселелер қарастырылады. Бұл мәселелердің барлығы таңдап алынған спорт түрінің жалпы теориясын игеруде, дене тәрбиесі және спорт жүйесінің түрлі оқу орындары мен ұйымдарында бапкерлік-педагогикалық, ғылыми және тәрбие жұмыстарын жүргізуге қажетті білімдерді, шеберліктерді, кәсіби-педагогикалық дағдыларды меңгеруде студенттерге, нұсқаушылар мен бапкерлерге тікелей қатысты. Мақалада мазмұндалған материал арнайы әдебиеттердегі теорияларды, медико-биологиялық аспектідегі спортшылардың эксперименттері мен тесттерінің нәтижелерін, паралимпиадашы (сурдлимпиадашы)-спортшылармен жүргізілген мамандардың жұмыс тәжірибелерін, дене шынықтыру жөніндегі жоғары оқу орындары мен түрлі спорт мектептерінде оқытудың әдістемелерін қамтып, тұжырымдайды. Өйткені ҚазСТА Спорт ҒЗИ-ның мамандарының жаңа эксперименттік мәліметтері мен тәжірибелері адаптивті спорттың теориясы мен тәжірибесі саласындағы зерттеулердің соңғы мәліметтерінен тұрады.*

***Түйін сөздер:** адаптивті дене шынықтыру және спорт, педагогикалық міндеттер, спецификалық міндеттер, медико-биологиялық тексеру, көрсеткіштер, жаттығу.*

## **АДАПТИВНЫЙ СПОРТ И ЕГО СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РАЗВИТИЯ В КАЗАХСТАНЕ**

***Аннотация.** В этой статье излагается история развития адаптивного спорта в стране и ее становление в годы Независимости Казахстана, а также основные принципы строя и тенденций развития адаптивного спорта. Также рассматриваются вопросы о главных объективных факторах, для развития адаптивного спорта, педагогические, психологические, практические аспекты. Все эти вопросы напрямую касаются студентов, инструкторов и тренеров при обучении избранному виду спорта, в овладении общей теорией спорта, приобретении знаний, умений, профессионально-педагогических навыков, тренерско-педагогической, научной и воспитательной работы в различных учебных заведениях и организациях системы физического воспитания и*

спорта. Материал, излагаемый в статье, охватывает и обобщает теорию из специальной литературы, результаты эксперимента и тестирования спортсменов-паралимпийцев (сурдлимпийцев) в медико-биологическом аспекте, опыт работы специалистов НИИ спорта КазАСТ, методику обследования в вузах физической культуры и разных спортивных школах страны. Новые экспериментальные данные, передовой опыт специалистов НИИ спорта КазАСТ содержит последние данные научных исследований в области теории и практики спорта.

**Ключевые слова:** адаптивная физическая культура и спорт, педагогические задачи, специфические задачи, медико-биологическое обследование, показатели, тренировка.

## ADAPTIVE SPORT AND ITS CURRENT STATE OF DEVELOPMENT IN KAZAKHSTAN

**Abstract.** This article describes the history of adaptive sports in the country and its formation in the years of Independence of Kazakhstan, as well as the basic principles of the system and trends of development of this sport. Here, questions about the main objective factors of this sport, their pedagogical, psychological, practical aspects are also provided. All these questions directly concern students, instructors and trainers in teaching the chosen sport, in mastering the General theory of sport, acquiring knowledge, skills, professional and pedagogical skills, coaching, teaching, scientific and educational work in various educational institutions and organizations of the system of physical education and sport. The material presented in the article, encompasses and generalizes the theory from literature, the results of the experiment and testing of Paralympic athletes (deaf athletes) in the medical-biological aspect, experience of specialists of the research Institute of Kazast activities, the survey methodology in the universities of physical culture and various sports schools in the country. Since the new experimental data, the best practices of specialists of the Institute of sports Kazast contains the latest research data in the field of theory and practice of sports.

**Keywords:** adaptive physical culture and sport, pedagogical tasks, specific tasks, medical and biological examination, indicators, training.

**Зерттеу өзектілігі.** Үлкен спортта шекара жоқ екендігі бүгінде баршаға аян. Мүмкіндігі шектеулі жандар да спорттан өз сыбағаларын алуға барынша ұмтылуда. Шын мәнінде, әлемдегі қуатты даму жолына түскен жетекші елдермен тек спорттық имиджімізбен ғана бәсекелесе аламыз.

Дене-бітімінде кемістігі бар жандар да үлкен спорттың қызығынан қалып қоймақ емес. Әлемдік спорт тарихында, мүгедек спортшылар арасындағы ғаламдық ойындар 1960 жылдан бастау алады. Ал Қазақстандық спортшылар тек Тәуелсіздік алғаннан кейін ғана, яғни 1996 жылдан бері Паралимпиада ойындарына қатысып келеді.

Шындығында, спортшылар үшін төрт жыл бойы төккен тердің өтеуі Олимпиадамен өлшенетіні ақиқат. Мойындауымыз керек, бізде әлі де болса, мүгедек спортшыларымызға жеткілікті әрі толыққанды жағдай жасалмай отыр. Негізгі олимпиадашылардың көлеңкесінде қалып қоймас үшін ел өңірлерінде оларға мемлекеттен қажетті қамқорлық керек-ақ. Өйткені, кей жағдайларда мүгедек спортшыларымыз елішілік жарыстарға қатысу үшін әкімдер мен басшылардың есіктерін қағуға мәжбүр. Негізгі қоғамнан оқшау күй кешіп жүрген мүмкіндігі шектеулі азаматтардың спорттық және интеллектуалдық әлеуеттері өте күшті. Алдағы уақытта мүмкіндігі шектеулі жандарға арналған спорттық ғимараттар ел өңірлеріндегі әкімдіктер тарапынан көптеп ашылса нұр үстіне нұр болары сөзсіз.

**Зерттеу міндеттері:**

Адаптивті дене шынықтыру жүйесінде педагогикалық міндеттердің барлық дерлік түрлерін ашып қарастыру қамтылады. Олар екі топтан тұрады: 1) жалпы міндеттер; 2) спецификалық міндеттер.

Жалпы міндеттерге келесілер жатқызылады:

- денсаулықты нығайту, қалыпты физикалық дене дамуына, сыртқы ортаның келеңсіз әсерлеріне деген ағзаның қарсы тұруын жоғарылатуға ықпал ету;
- қозғалыс техникасының негіздерін, өмірлік қажетті шеберліктер мен дағдыларды қалыптастыруға үйрету;
- қозғалыстық (кондициялық және координациялық) қабілеттерді дамыту;
- тұлғаның дене шынықтыру саласындағы қажетті білімдерді қалыптастыруы;
- дене шынықтыру жаттығуларымен өз бетінше айналысудағы қажеттіліктер мен шеберліктерді тәрбиелеу, оларды тынығу, жаттығу, жұмыс қабілеттілігін жоғарылату мақсатында саналы түрде қолдану;
- адамгершілік және еріктік қасиеттерді, өзінің қылығы, іс-әрекеті, белсенділігі мен өзбеттелігі үшін жауапкершілікке тәрбиелеу.

Арнайы міндеттерге келесілер жатады, бірақ оларды шешу жолдары жалпы міндеттерге де тиесілі:

- коррекциялық (түзетушілік);
- компенсаторлық (жәрдемдік);
- профилактикалық (алдын-алу) [1].

### **Зерттеу нәтижелері.**

Әлемдік статистика көрсетіп отырғандай, дүниежүзіндегі тұрғындардың әрбір оныншы азаматы мүгедек жандар болып табылса, бұл осы әлемдегі әрбір төртінші отбасыда мүгедек жан бар деген сөз. Түрлі соғыстар, жұқпалы аурулар, тұқымқуалаушы науқастар, экологиялық апаттар, алкогольизм мен наркомания, апаттар мен жарақаттар және тумалар кемшіліктер сияқты жағдайлардың барлығы, мүгедектер қатарын күніне жиырма мыңнан аса ұлғайтуға алып келеді екен. Бүгінде әлем бойынша 800 млн мүгедек жан бар.

Әлемнің көптеген елдері мамандарының түрлі нозологиядағы мүгедектермен жүргізген көпжылдық тәжірибелері көрсетіп отырғандай, мұндай контингентті қалыпқа келтірудің ең тиімді әдісі, ол спорт арқылы оңалту болып табылады. Мұнымен қоса, адамның саналық қабілеттерін, өзіндік танымын қалыптастыруда спорттағы жарыстық қызметтің үлкен маңызы бар.

Спорт қызмет пен іс-әрекет түрі ретінде көпшілік адамдардың назарын өзіне аударады, ол ең танымал көріністердің бірі. Қоғам үшін ең маңыздысы, ол спорттың гуманистік құндылығы. Сондай-ақ, беделділік пен тәртіптілік, жарыстық қызметтегі моральдық-этикалық нормалардың жоғары деңгейі сияқты нәрселердің барлығы заманауи спорттың рухани белгілері болып саналады. Ал ғылымның спорт жөніндегі жетістіктері, жоғары дәрежелі спортшыларды дайындау әдістемесі, оларды басқа салаларда қолдану бұл – спорттың рухани құндылықтарының жиынтығы [2].

Қазіргі қоғамда адаптивті спорт үлкен маңызға ие болып келеді. Мүгедек жандар түрлі жарыстарға қатысып, оның нәтижесінде спорт тек дені мен тәні сау адамдарға ғана арналмағандығына, онымен соқырлық, омыртқа және жұлындық зақымы, церебралды паралич және т.б. осы тәрізді ауыр жарақаты бар мүгедектер де айналыса алатынына бүкіл әлемнің көзі жетуде. Өйткені, оларға арналып түрлі сайыстар мен жарыстар, чемпионаттар мен паралимпиадалар жүз жыл көлемінде өткізіліп келеді. Мәселен, тарихқа қысқаша тоқтала кетсек, 1888 жылы Берлинде алғаш рет саңыраулардың спорттық клубының негізі қаланса, 1924 жылы оларға арналған алғашқы Олимпиада ойындары өткізілді. 1948 жылы тірек-қимыл аппараты жарақаттанғандар мен параличтер үшін садақ атудан жарыс өтті. Ақыл-ой дамуы төмен азаматтар үшін 1968 жылы жеңіл атлетика мен жүзуден Бірінші халықаралық спорттық ойындар өткізілді. Ал 1989 жылы жүрегіне ота жасалғандарға арналған Халықаралық спорттық жарыстар ұйымдастырылса,

1990 жылы осы спортшылар Каракаста (Венесуэла) марафондық қашықтықты бағындырды. Осылайша, Паралимпиадалық ойындар, Сурдлимпиадалық ойындар мен Арнайы олимпиадалық ойындар Халықаралық Олимпиада комитеті (ХОК) тарапынан ресми түрде танылды.

Сондықтан да бүгінде адаптивті спорт немесе мүгедектерге арналған спорт, спорттық жаттығу және жарыстық қызмет теориясы мен тәжірибесіндегі жаңа тармақ болып саналатындықтан, ол мұқият түрде зерттеу мен зерделеуді қажет етеді. Мұны емдік-сауықтыру және оңалтудан кейін спортпен айналысуды тұрақты жалғастыруға мүмкіндік беретін, спортпен айналысудағы ұйымдастырылған форманы пайдаланудың жеткіліксіз зерттелінген мүмкіндіктері деп айтуға болады. Ол үшін оңалтудан тыс мекемелерді ұйымдастыруда тұрғылықты жерлері бойынша мүгедектердің дене шынықтыру-сауықтыру және спорттық клубтарын, секцияларын құру керек, сондай-ақ, қол жетімді спорт түрлері бойынша жарыстарды ұйымдастыру мен өткізуге мүгедек жандарға мүмкіндік беру аса қажет.

Жалпы Халықаралық спорт қозғалысы дамуын талдаулар паралимпизм идеяларының, олимпизмнің түпкі идеяларымен сәйкес келетіндігін көрсетті. Алайда, алғашқы кезде мүгедек жандар ойындары Олимпиадалық ойындар астаналарында өтпеген еді, сол үшін де бұл ойын 1960-1972 жж аралығында Халықаралық Сток-Мандевильдік ойындар деп аталып келді. Тек 1980 жылы Мәскеуде XXII Олимпиада өтіп жатқан кезде, Нидерландыда «Мүгедектерге арналған Олимпиада. Арнем» деген атаумен ойын өтіп, онда алғаш рет Олимпиада сөзі қосылған болатын [3].

Мүгедектердің халықаралық спорттық ұйымдары, Халықаралық үйлестіру комитеті және Халықаралық Олимпиада комитеті (ХОК) өкілдерінің бірнеше кездесуінен соң, яғни Х.А.Самаранчтың президенттігі кезінде ХОК-тың ұсынысымен «Паралимпиадалық ойындар» деген термин қалыптасты.

Бүгінде спорт тарихында Паралимпиадалық ойындардың басталу уақыты 1960 жыл, яғни Римде өткен IX Сток-Мандевильдік ойындардан бастау алады деп есептеледі. 1960 жылдан бастап жазғы Паралимпиадалық ойындар өткізіле бастаса, 1976 жылдан бастап қысқы Паралимпиадалық ойындар өткізіліп келеді. Осындай өмірге немқұрайлы қарамайтын азаматтар мен осы жолда жасалған батыл қадамдар нәтижесінде 1989 жылы Халықаралық Паралимпиадалық комитет құрылды. Паралимпиадалық ойындардың кезең-кезеңімен өткізілуі барысында оған ресми қатысушы елдер саны арта бастады. Мәселен, I-Паралимпиадалық ойындарға 23 ел қатысса, XI-Паралимпиадалық ойындарға 127 мемлекет қатысқан.

Жазғы Паралимпиадалық ойындарға қатысушылардың нозологиялық құрамдары да өзгеріске ұшырап отырды. Мысалы, 1960-1968 жж аралығындағы Паралимпиадалық ойындарға тек омыртқасы мен жұлыны зақымданған спортшылар қатысқан болса, 1972 жылдан бастап көру қабілеті нашар, тірек-қимыл аппараты зақымданған, ампутациялы және церебральды паралич сияқты нозологиядағы спортшылар қатыса бастады. Ал ақыл-ойы зақымы бар спортшылар қатысқан ойын алғаш 1992 жылы өткізілсе, олар ресми түрде Паралимпиадалық ойындарда 1996 және 2000 жылдары жарысқа түсті.

Қазақстанның Паралимпиадалық қозғалыс пен оның дамуына қатысуының және оның нәтижелерін елдің жалпы ішкі саяси міндеттерінің мүддесіне сай пайдалануының, бір жағы саяси, екінші жағынан ғылыми өзектілігі бар деп есептейміз. Қоғамда толеранттылық пен үйлесімнің дамуына, мүгедек жандарға тиімді әлеуметтік және физикалық тұрғыда оңалтуға ыңғайлы жағдай тудыру үлкен ықпал етеді.

ҚР Дене шынықтыру және спорт комитетінің мәліметтеріне сүйенсек, бүгінде республикада денсаулық мүмкіндіктері шектеулі тұлғаларға арналған 12 спорт клубы және осы бағыттағы спорт түріне арналған 2 мүмкіндігі шектеулі адамдарға арналған мамандандырылған спорт мектебі, 1 бөлімше мен спорт мектебі бар.

Соңғы жылдары қазақстандық паралимпиадашы спортшылардың жетістіктері тек Қазақстан спортының беделін өсіріп қана қоймай, ел басқарушы органы мүгедек

жандарға қатысты мемлекеттік шараны түпкілікті қайта қарауға мәжбүрледі. Алайда, бұл бағыттағы позитивті қадамдарды тыңғылықты түрде бақылау және біздің елдің танымал халықаралық қозғалыстың дамуына қосқан үлесін түйсіну, тек нақтылы мысалдардың көмегімен ғана мүмкін болады. Ол үшін Қазақстандағы Паралимпиадалық ойындардың даму тенденциясына көз жүгірткен абзал.

Жалпы алғанда, Паралимпиадалық ойындарға қатысушылар және медальға қол жеткізбегендердің өздері де жеңімпаз болып есептеледі. Бұл дегеніміз, өз-өзін, ауруын, қоғамда мүгедектерге қатысты қалыптасқан келеңсіз сөздер мен пікірлерді жеңіп, дәлелдеу деген сөз. Қазақстандағы Паралимпиадалық қозғалысқа қатысты әдебиеттік дереккөздерді, интернет-ресурстарды зерделеп, талдай отырып, біз Қазақстан спортының басқа әлемдік көшбасшы елдермен салыстырғанда қарапайым әрі жастығына қарамастан, оның белсенді түрде жоғары нәтижелер мен алдыңғы қатарлы позицияны игеруге тырысып жатқандығын байқадық. Қазақстан Паралимпиадалық ойындарда алғаш рет жеке команда ретінде 1994 жылы Лиллехаммердегі қысқы ойындарда шықты. Сол кезден бастап барлық жазғы және қысқы ойындарға үзіліссіз қатысып келеді.

Ендігі жерде осы сияқты спортшыларымыздың дайындығына қатысты көзге көріне бермейтін, бірақ аса маңызды болған мәселе төңірегінде айта кеткіміз келеді. Әңгіме еліміздегі тұңғыш әрі бірегей дене шынықтыру және спорт бағытындағы Қазақ спорт және туризм академиясының Спорт ғылыми-зерттеу институты қызметі жөнінде болмақ. Бұрынғы кеңестік дәуірдің өзінде-ақ, осы оқу орнының базасында «Биік таулы аймақ және спорт» атты проблемалық ғылыми-зерттеу зертханасы ашылған болатын. Ол жан-жақты спорт үрлері бойынша КСРО мен Қазақстан құрама командаларын дайындауда ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөнінде үлкен тәжірибеге ие болды. Өз заманында бұл зертханада Бернштейн А.Д., Пономарев Н.И., Суслов Ф.П. және т.б. сияқты әлемдік спортқа танымал ғалымдар өздерінің тәжірибелерін жүргізді. 2005 жылы бұл зертхана Спорт ҒЗИ деп қайта ұйымдастырылып, онда жоғары дәрежелі спортшыларды дайындауды медико-биологиялық қамтамасыз ету мәселелері бойынша зерттеулер жүргізіледі, оның барасында 2010-2011 жж «Қазақстандық спортшыларды дайындау жүйесінде орта тау және биік тау аймақтарының жағдайын пайдалану» тақырыбындағы қол жеткен гранттың орны ерекше болғанын атап өткен абзал. Спорт ҒЗИ қызметінде бірқатар спорт түрлері бойынша ҚР құрама командалары спортшыларының оқу-жаттығу жиыны кезінде және зертханалық жағдайда тереңдетілген және кезеңдік кешенді тексерулер маңызды орынға ие. Жетекші спортшыларға тереңдетілген кешенді тексеру жүргізу бағдарламасында, түрлі метаболизмдік қуаттылық жүктемесі барысында дененің физикалық жұмыс қабілеттілігін және функционалдық көрсеткіштерді бағалау бойынша тестілеудің жалпы қабылданған әдістері қолданылады (эргоспирометрия, биохимиялық әдістер, қол эргометриясы, Вингейт тест).

2018 жылы алғаш рет ҚазСТА Спорт ҒЗИ-да дзюдошылардан тұратын ҚР құрама командасының сурдлимпиадашы-спортшыларына тереңдетілген кешенді тексерулер жүргізілді. Спортшыларды тестілеу рәсімі жалпы ақпарлардан басқа спорттық анамнез мәліметтерінен тұратын тексеру хаттамасын толтырудан басталды. Тереңдетілген кешенді тексеру бағдарламасы спортшының физикалық дене дамуын сипаттайтын, дене компоненттерінің негізгі антропометриялық көрсеткіштерін тіркеуден тұрды (Танита). Өкпенің өмірлік сыйымдылығы ВСВ-02 типіндегі волюспирометрдің көмегімен өлшенді. Максималды түрін қоса алғанда, өсіп отыратын метаболизмдік қуаттылықтағы бұлшықет жүктемесіне деген ағзаның реакциясын бағалауда CARDIOVIT AT-104 PC ЭРГО-СПИРО (Schiller, Switzerland) диагностикалық кешені пайдаланылды. Жүктемелік сынақтың барлық рәсімдері кәсіпқой спортшыларға кешенді тексерулер жүргізу кезінде қабылданған стандартты әдістеме бойынша орындалды. Жүктемелік тесттерді жүргізу барысында қандағы сүт қышқылының концентрациясы маңызды диагностикалық критері ретінде қызмет етті, өйткені оның деңгейінің көмегімен гликолиз интенсивтілігі анықталды. Қандағы сүт қышқылының концентрациясы Roche Diagnostics (ГФР)

фирмасының лактометрлерінің жәрдемімен айқындалды. Нәтижелер кестелер мен графиктік суреттер түрінде көрсетілді.

1-кесте

ҚР құрама командасы дзюдошы-спортшыларының физикалық дене дамуының және респираторлық аппаратының функционалдық мүмкіндіктерінің көрсеткіштері

№	Спортшылар	Жасы	Спорттық дәрежесі	Дене массасы, кг	Бойы, см	МРИ, г/см	ӨӨС, мл/кг	ӨИ, мл/кг
1.	С. А.	26,1	ХДСШ	60,4	160,0	377	3300	54
2.	Д. Т.	27,1	СШК	75,0	173,0	433	4300	57
3.	Т. Т.	44,0	СШК	79,8	174,0	458	3400	42

Кестеден көріп отырғанымыздай, С.А. спорттық дәрежесі ХДСШ (Халықаралық дәрежедегі спорт шебері) болса, қалғандары СШК (Спорт шеберлігіне кандидат) және олар түрлі салмақ категорияларына жатады. Өкпенің өмірлік сыйымдылығы (ӨӨС) 3300-4300 мл аралығында. Олардың дене салмақтарының әр түрлі болуы себепті, өмірлік индекс (ӨИ) 42-57 мл аралығын құрайды, бұл дегеніміз олардың модельдік көрсеткіштерден (65-70 мл/кг) төмен екенін байқатады. Бұрыннан белгілі, тыныс алу жүйесі өкпе вентиляциясының жоғары энергетикалық құны және респираторлық мускулатураның шаршауымен адамның физикалық жұмыс қабілеттілігін шектеуі мүмкін [5]. Мұнда тыныс алу жүйесінің функционалдық резервтерін жақсарту бойынша қолда бар әдістемелерді қолдану қажет (қосалық өлі кеңістік арқылды тыныстау, түрлі модификациядағы маскалар, тауға қарай жүгіру т.б.).

Жоғары спорттық нәтижелерге жету, көбінесе спортшылардың морфологиялық ерекшеліктерімен айқындалады [7]. Көптеген морфологиялық көрсеткіштер арасында дене құрамы олардың жаттығу ахуалын бақылау үшін үлкен қызығушылық тудырады [4, 12].

Дзюдомен айналысушы және Халықаралық жарыстарға қатысуға үміткер спортшылардың дене массасының компонентті құрамын талдау, осы тексерудің негізгі пәні болды. «Танита» анализаторының көмегімен келесідей параметрлер анықталды: дене массасы (кг), май мөлшері (кг, дене массасынан %), бұлшықеттік компонент (кг, дене массасынан %), дене массасының индексі (ДМИ, кг/м<sup>2</sup>), су мөлшері (2-кесте).

2-кесте

Дзюдодан (паралимпиадашылар) ҚР құрама командасы спортшыларының жүктемеге дейінгі дене компоненттерінің құрамы

№ п/п	Спортшылар	ДМИ, кг/м <sup>2</sup>	Бұлшықеттік масса		Май массасы		Су мөлшері
			кг	%	к		%
1	С.А.	23,6	29,2	50,0	2,7	8,4	40
2	Д.Т.	25,1	37,6	48,0	2,6	6,5	49,9
3	Т.Т.	26,4	36,0	45,0	7,4	17,1	49

Дене массасы диапазонының 18,5-тен 24,99-ға дейін болуы оның қалыпты екенін көрсетеді. Жасты да есепке алу қажет, яғни 35-44 жас – 21-26 құрайды [8]. Дзюдошылардың дене массасының индексі 23,3 пен 26,2 кг/м<sup>2</sup> аралығында. Салмақ категорияларына қарай алғанда бұл параметрлер С.А. (ең жеңіл) мен Д.Т.-да (жеңіл) физиологиялық нормаға сәйкес келеді. Ал Т.Т.-да (орта салмақ категориясы) дене массасының индексі 26,2 кг/м<sup>2</sup> шегінде, егер оның жас шамасын ескерсек бұл да нормаға сәйкес келеді [8]. Спортшылардың бұлшықет массасының проценттік құрамы, олардың

жалпы дене массасының 44-тен 50 % аралығында. Әдебиеттік деректерді талдау бұл мәселе бойынша бірқатар қайшылықтардың бар екендігін көрсетеді. Бір авторлар жоғары дәрежелі дзюдошыларда бұлшықет массасының үлесі орташа  $33,5 \pm 0,8\%$  сәйкес келеді десе [11, 12], басқалары бұлшықет компоненттерінің құрамы  $55.4 \pm 2.9\%$  көлемінде болады [14, 15] дейді. Бұл шамамен дайындық пен жаттығу кезеңінің түрлі деңгейлерімен, сондай-ақ тамақтану және тұрғылықты жердің ерекшеліктерімен байланысты болса керек. Дегенмен, біздің спортшыларымыздың бұлшықет компоненттерінің құрамы аралық деңгейде болғандықтан, оңтайлы фактіге жатады. Әрі қарай 2-кестеде, спортшылар ағзасындағы су мөлшері дене массасына қарай 40-тан 49,9%-ды құрап отыр. Әдебиеттік деректер бойынша, спортшыларда су мөлшері 45-60% сәйкес келуі тиіс [14, 15]. Салыстырмалы талдауға сәйкес, тексерілуші спортшылардың су мөлшерінің көрсеткіштері Д.Т. мен Т.Т.-да физиологиялық нормаға жақын, ал С.А.-да төмен. Баршаға аян, су - адам тәнінің негізгі құрамдас бөлігі. Егер сұйықтықты 1% жоғалту функционалдық мүмкіндікті шектемейтін болса, онда 2% жоғалту жұмыс қабілеттілігін төмендетуге және интенсивті физикалық дене жүктемелерін орындауда өз-өзін сезінуді нашарлатуға алып келеді [9]. Сондықтан жаттығу мен жарыстар барысында дене массасын бақылау мен су режимін толықтырып отыру жөніндегі ұсынымдарды сақтау аса қажет. 3-кестеде ЖСЖ (жүрек соғу жиілігі) мен ОМТ (оттегін максималды тұтыну) түрлі режиміндегі дзюдомен маманданушы спортшылардың физикалық жұмыс қабілеттеліктерінің көрсеткіштері ұсынылған.

3-кесте

Дзюдомен маманданушы паралимпиадашы-спортшылардың жүрек соғу жиілігі мен оттегін максималды тұтынудың түрлі режиміндегі жұмыс қабілеттеліктерінің деңгейі

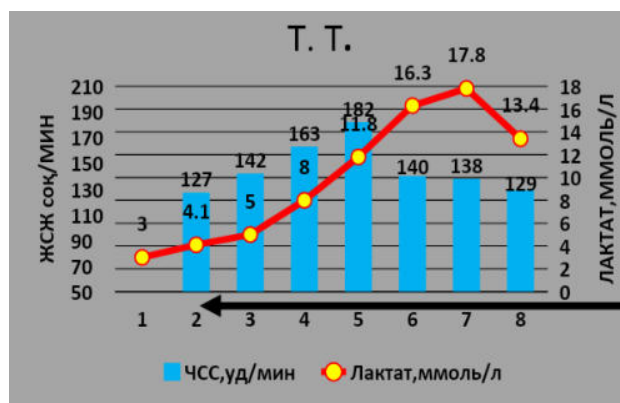
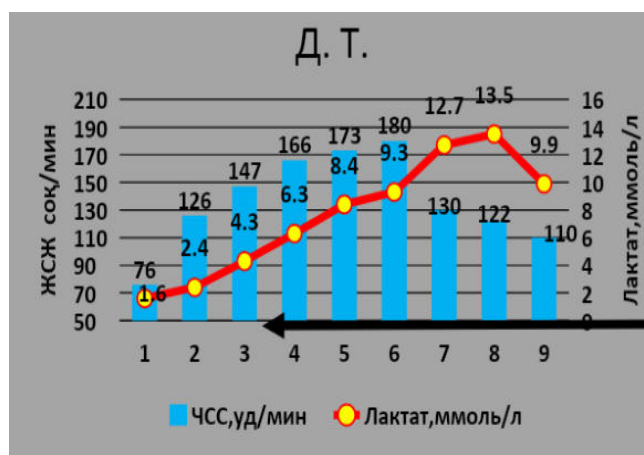
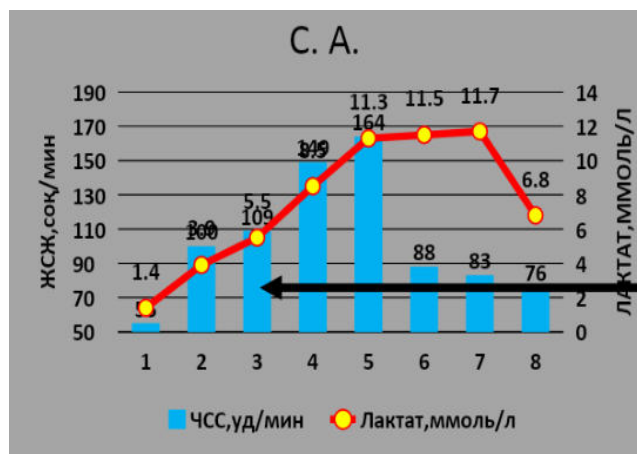
№	Спортшылар	Дененің физикалық жұмыс қабілеттелігі, Вт/кг														
		ЖСЖ 130 сок/мин			ЖСЖ 150 сок/мин			ЖСЖ 170 сок/мин			Максималды ЖСЖ			Оттегін максималды тұтыну, мл		
		мин	мин /кг	Ба-ға	мин	мин /кг	Ба-ға	мин	мин /кг	Ба-ға	мин	мин /кг	Ба-ға	мин	мин/кг	Ба-ға
1	С.А.	146	2,4	өте жақ	172	2,85	жақ	201	3,33	жақ	225	3,72	төм	3328	55,1	жақ
2	Д.Т.	93	1,2	өте наш	134	1,78	наш	177	2,35	наш	250	3,32	наш	3078	41,3	наш
3	Т.Т.	99	1,2	өте наш	136	1,70	наш	192	2,41	наш	225	2,81	өте наш	3234	41	наш

Салыстырмалы талдауды негізге ала отырып келесіні айтуға болады, үш спортшының ішінде кіші, үлкен және субмаксималды аэробты қуаттылықтағы жүктемені орындауда жұмыс қабілеттілігінің өте жақсы және жақсы деңгейіне С.А. ие. Оның максималды физикалық жұмыс қабілеттілігі орта және төменгі деңгейлер арасында болып, оттегін максималды тұтыну көрсеткіштеріне қарай ол аэробты мүмкіндіктердің жақсы бағасына ие болды. Ал қалған спортшылардың (Д.Т., Т.Т.) жұмыс қабілеттіліктері мен аэробты мүмкіндіктерінің барлық көрсеткіштері С.А. қарағанда айтарлықтай төмен болды. Спортшылардағы дененің физикалық жұмыс қабілеттілігі мен аэробты мүмкіндіктерінің дайындық кезеңінің соңында «өте жақсы» және «өте жоғары» аймағына сәйкес келуі тиіс.



**Соңғы мүмкіндікке дейінгі біртіндеп ұлғайту қуаттылығында физикалық дене жүктемесін орындаудағы спортшылардың қан лактаты көрсеткіштерінің динамикасы**

Спортшылардың функционалдық дайындығындағы негізгі міндеттердің бірі, аэробты және анаэробты мүмкіндіктердің жеке шарттарымен байланысты бұлшықет қызметін энергиямен қамтамасыз ету механизмдерін жаттықтыру болып табылады [6]. Физикалық дене жүктемелері кезінде энергиямен қамтамасыз етудің физиологиялық кезеңдерінің шартты шекараларын нақтылау мақсатында лактат көрсеткіштері графикалық түрде көрсетілген, онда максималдыға дейін сатылық-өсуші қуаттылықтың жүктемесінің динамикасында (жүктеме, ЖСЖ және лактат) бірнеше функционалдық параметрлердің арақатынастары көрсетілген (1-сурет, үш бөлік).



1-сурет. Велоэргометриялық тестілеу кезіндегі орындалған жүктеменің ЖСЖ, лактат және қуаттылық көрсеткіштері

Көрсетілген суреттерге сәйкес, тыныш қалыпта екі спортшының (С.А, Д.Т.) лактат көрсеткіштері физиологиялық норманың деңгейінде, ал Т.Т. – 3 ммоль/л, яғни нормадан жоғары. Мұнда спортшы алғаш рет лабораториялық жағдайда тест өткелі тұрғанна соң, аздаған жүйкелік алаңдаушылық болуы мүмкін. Өйткені психоэмоционалдық күйзеліс тестілеу алдында лактат деңгейінің біршама ұлғаюына алып келуі мүмкін [16].

1-суретте байқалып тұрғандай, бірінші жүктемені (100 Вт) орындау С.А.-да лактаттың 3,9 ммоль/л, Т.Т.-да 4,1 ммоль/л, ал Д.Т. тек 2,4 ммоль/л ұлғаюымен көрініс тапқан. Мұның барысында ЖСЖ С.А.-да 100 соқ/мин, Д.Т. мен Т.Т. – 126 және 127 соқ/мин болып отыр. Егер жүктеменің абсолютті қуаттылығы барлығы үшін бірдей болатын болса, онда салыстырмалы қуаттылық түрлі салмақ категориясына байланысты әр түрлі болады. мысалы, С.А.-да салыстырмалы қуаттылық 1,65 Вт/кг, ал Д.Т.-да – 1,33 Вт/кг және Т.Т.-да – 1,35 Вт/кг, бұл дегеніміз 20-25%-ға бірінші спортшыға қарағанда төмен. Жүрек-қантамыры жүйесі және анаэробты энергия сақтау тарапынан болатын мұндай реакция біртіндеп өсуші қуаттылықтағы қойылған жүктеменің барлық талаптарын орындау барысында іс-жүзінде сақталады. Мұнымен қоса, Д.Т.-да жүктемені салыстырмалы қуаттылық барысында анаэробты гликолиз көрсеткіштері С.А. мен Т.Т. қарағанда айтарлықтай төмен, бұл дегеніміз анаэробты зат алмасу шегінің (ПАНО) жоғары деңгейде екенін көрсетеді. Бұл дегеніміз, жарысушылық қарқынды ұстап тұру үшін аса қажет нәрсе.

Шекті қуаттылыққа дейінгі бұлшықеттік жүктемені орындау барысында С.А.-да басқаларға қарағанда лактаттық көрсеткіштер 5 минуттық қалыпқа келу кезеңінде 11,7 ммоль-ды құрады. Сол сәтте Д.Т. мен Т.Т.-да бұл көрсеткіштер жұмыс қабілеттіліктің төмен деңгейінде 13,5 және 17,8 ммольды құрады. Демек, Д.Т. мен Т.Т.-да шекті жүктемелер тек басым түрде энергияның анаэробты көздерінің қатысуымен ғана орындалатынын айта кету қажет. Әрі қарай, велоэргометрлік жүктемеден кейін спортшылардағы лактат көрсеткіштерінің салыстырмалы талдауына қарайтын болсақ, С.А.-да жүрек-қантамыры жүйесі мен лактатты жою қызметінің қалыпқа келу жылдамдығы басқа спортшыларға қарағанда айтарлықтай жоғары, бұл дегеніміз интенсивті жүктемеге деген шұғыл адаптация процесінің оңтайлы динамикасын көрсетеді [10].

**Қорытынды.** Осылайша, зертханалық тестілеу нәтижелерін талдау негізінде, көру қабілеті нашарлығы түрлі деңгейдегі паралимпиадашы спортшыларда дененің физикалық жұмыс қабілеттілігі мен функционалдық мүмкіндіктері әр түрлі болып келетіндігін айту қажет. Көп жағдайда С.А. жақсы спорттық формада, өйткені бұл оның келесідей түрлі жүктемелерді орындаудағы физикалық жұмыс қабілеттілігі көрсеткіштерінен көрініс тауып отыр: кіші (ЖСЖ 130 соқ/мин – өте жақсы), үлкен (ЖСЖ 150 соқ/мин - жақсы), субмаксималды (ЖСЖ 170 соқ/мин - жақсы), максималды (ЖСЖ орташа мен төменнің арасында). Д.Т мен Т.Т.-да физикалық жұмыс қабілеттілігі төмен деп есептеледі. С.А.-ның аэробты мүмкіндіктері «жақсы» деңгейде (ОМП 55,1 мин/кг), ал Д.Т. мен Т.Т. көрсеткіштері (сәйкесінше 41,3 мин/кг және 41,0 мин/кг) «нашар» деген бағаға ие.

Ал елімізде үнемі осындай деңгейде паралимпиадашы, сурдлимпиадашы және басқа спортшыларымызға ерекше көңіл бөлу адаптивті спорттың болашағына әрі қарай да үлкен серпін берері сөзсіз деп есептейміз.

### Библиографиялық тізім

1. Дмитриев А.А. Физическая культура в специальном образовании: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. – М.: Академия, 2002. -176 с.
2. Доскараев Б.М. История физической культуры в Казахстане: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. – Алматы, 2009. -226 с.

3. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Морозов О.В., Солодков А.С. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов: Учебное пособие. – СПб.: ГАФК им.П.Ф.Лесгафта, 1996. - 95 с.
4. Абрамова Т.Ф. Никитина Т.М., Кочеткова Н.И. Морфологические критерии–показатели пригодности, общей физической подготовленности и контроля текущей и долговременной адаптации к тренировочным нагрузкам. М: ТВТ Дивизион, 2010. -104 с.
5. Бреслав И.С., Волков Н.И., Тамбовцева Р.В. Дыхание и мышечная активность человека в спорте. М: Советский спорт, 2013. – 336 с.
6. Волков Н. И., Нессен Э. Н., Осипенко А. А. и др. Биохимия мышечной деятельности. – Киев: Олимпийская литература, 2000. – 504 с.
7. Мартиросов Э.Г., Николаев Д.В., Руднев С.Г. Технологии и методы определения состава тела человека: Наука, 2006. - 248 с.
8. Николаев Д.В., Смирнов А.В., Бобринская И.Г., Руднев С.Г. Биоимпедансный анализ состава тела человека. М.: Наука, 2009. - 392 с.
9. Платонов В. Н. Система подготовки спортсменов в олимпийском спорте. Общая теория и ее практические приложения: учебник [для тренеров]: в 2 кн. К.: Олимп.лит.,2015.-1368 с.
10. Харитонов Л.Г., Шемердяк А.В., Шкляер Ю.В. Адаптация к физическим нагрузкам спортсменов игровых видов спорта на этапе совершенствования (на примере футбола, хоккея, бадминтона). Омск: СибУФК, 2005. - 126 с.
11. Чистякова М.А. Исследование состава тела спортсменок высокой квалификации, специализирующихся в дзюдо, с использованием биоэлектрического импедансного анализа // Слобожанський науково-спортивний вісник, 2012, №1. –С86-89.
12. Шахлина Л.Я-Г., Чистякова М.А. Компонентный состав массы тела спортсменок, специализирующихся в дзюдо. // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка.2014. вып.7. –С.298-303.
13. Штопорова А.И., Борисов А.Н., Сапожников В.А. Метод биоимпедансного анализа состава тела у спортсменов. // 2-ая научно-практическая конференция «Инновационные технологии в подготовке спортсменов. М. 2014. - С.231-234.
14. StachonA., PietraszewskaJ., AndrzejewskaJ. The diversity of body composition, body proportion andstrengthabilitiesoffemale judokas in different weight categories. //Archives of Budo.2014. V.10.-P37-48.
15. Tang. F., Lane S., Korsak A., Paton, JFR, Gourine, AV, Kasparov S., Teschemacher A.G. Lactate-mediated glia-neuronal signaling in the mammalian brain'. // Nature Communications.2014. V. 5.- P. 3284.

УДК 796

**Кабидуллинов Е.А.**, құқық магистрі

Қазақстан Республикасы Ішкі істер министірлігінің Шырақбек Қабылбаев атындағы Қостанай академиясы

Қостанай қ., Қазақстан Республикасы

Naurzum87@mail.ru

**Сейсебаев В.К.**,

Ресей Федерациясының Жазалауды орындау Федералдық қызметінің

құқық және басқару академиясы

Рязань қ., Ресей Федерациясы

viktorseisebaev@yandex.ru

## ҚОСТАНАЙ ОБЛЫСЫНЫҢ МЫСЫЛЫНДА БЕЙІМДЕЛГЕН ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУДЫ ДАМУДЫҢ ПРОБЛЕМАЛАРЫ МЕН ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ

*Аңдатпа.* Бұл мақалада Қостанай облысының мысалында бейімделген дене шынықтыруды дамытудың проблемалары мен перспективалары қарастырылған және бірқатар ұсыныстар көрсетілген.

*Түйін сөздер:* мүмкіндігі шектеулі тұлғалар, бейімделген дене шынықтыру, арнайы бейімделген дене шынықтыру мамандары.

### ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ НА ПРИМЕРЕ КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ

*Аннотация.* В данной статье на примере Костанайской области рассмотрены проблемы и перспективы развития адаптированной физической культуры и представлен ряд предложений.

*Ключевые слова:* лица с ограниченными возможностями, адаптированная физическая культура, специалисты по адаптированной физической культуре.

### PROBLEMS AND PROSPECTS OF ADAPTED PHYSICAL TRIAL DEVELOPMENT IN KOSTANAY REGION

*Abstract.* In this article on the example of Kostanay region problems and prospects of development of the adapted physical culture are considered and a number of offers is presented.

*Keywords:* people with disabilities, adapted physical training, special adapted physical training specialists.

Өмірде барлығы біз ойлағандай жақсы немесе мінсіз бола бермейді, сондықтан өмірдің бұрмалаң да қиын жолдары мен кезеңдері әр адамды әбігерге салатын кездері болып тұрады. Бірақ та оған қарамастан еліміздің кейбір әлеуметтік топтары «Сен де бір кірпіш дүниеге, кетігін тап та бар қалан», - деп Ұлы Абай атамыз айтқандай өздерінің мүмкіндігі шектеулі жағдайына қарамастан, өмірге деген зор талпынысын көрсетіп, салауатты өмір салтын ұстанып, спортпен құлшына шұғылдануда. Осындай жағдайда жүрген жандарымызға жол ашып, мүмкіндік беруіміз қажет.

Бүгінгі күні халықтың әлеуметтік қорғалмаған санаттарының бірі мүгедек адамдар болып табылады. Біздің елімізде мүмкіндігі шектеулі 674,2 мың адам бар [1]. Олардың көпшілігі оңалтуды қажет етеді. Бейімделуде дене шынықтыру құралдары бойынша өткізілетін іс-шаралардың әлеуметтік маңызы зор болып табылады. Мүгедектердің дене белсенділігі оларды қалыпты әлеуметтік өмірге, қоғаммен интеграцияға, психологиялық кедергілерді еңсеруге, өзін жеке тұлға ретінде қалыптастыруға әкеледі.

Мүмкіншілігі шектеулі жандардың спортпен айналысудағы негізгі мәселелері Қазақстан Республикасының «Дене шынықтыру және спорт туралы» 2014 жылғы 3 шілдеде қабылданған № 228-V заңында және тағы да басқа бұйрықтар мен заңнамаларда қарастырылған [2]. Бірақ, шындығында, Қостанай облысын мысал ретінде келтіре отырып, оның көп проблемалары бар екенін және сол мәселелерді шешу жолдарын осы мақала арқылы ашуға тырысамыз.

Біздің аймағымыздың жүректерінде жылуы бар адамдары мүмкіншілігі шектеулі жандарға қол ұшын созып, оларды спорт әлемімен таныстырып, мүмкіншілігін арттырған болатын. Мәселен, мұндай спорт түрі Қостанай облысында 2004 жылы Бейімделу дене шынықтыру және спорт түрлері дүние есігін ашты. Шамамен өңірімізде аталмыш спорт түрінің дамып келе жатқанына 15 жылдай болған. Осы 15 жыл ішінде спортшылар көптеген жарыстарға қатысып, жүлделі орындарға ие болып жатты. Ең алғаш бұл

бастаманы біздің қоғамымызға әкеліп, жетекшілік еткен дене шынықтыру және спорт басқармасының маманы Песковой Анатолий Александрович еді. Бірақ ол кездері жаттығу процестері жүйелі түрде өтпеген болатын. Арнайы мамандар болмағандықтан, спортшылар өз-өздерін шынықтырып дайындаған. Мамандар болған күннің өзінде тек қоғамдық бастаманың қызметкерлері ғана арнайы спорт түрімен жаттықтырған. Елімізде мұндай спорт түрінің бәсең дамуына байланысты бәсекелестік болмаған. Ал, бәсекелестік жоқ жерде дамудың да болмайтыныдығы баршамызға мәлім.

Сол кезде Қостанай облысының «Үміт-Надежда», «Қазақ саңыраулар қоғамы», «Қазақ соқырлар қоғамы» деген сияқты көптеген қоғамдық бірлестіктердің төрағалары жиналып, олардың қатарында Оспанов Дүйсенәлі Сұлтанұлының бастауымен 2015 жылы Қостанай облысының аймағында мүмкіншілігі шектеулі жандарға арналған Қостанай облысы әкімдігі дене шынықтыру және спорт басқармасының «Мүгедектер спорт клубы» коммуналдық мемлекеттік мекемесін ашқан болатын. Бұл спорттық клубты ашу оңайға соқпаған. Қазақстанның көптеген өңірлерінде аталған клубтар ашылған соң ғана, Қостанай облысы әкімдігінің қолдауымен, қажетті құжаттар жиналған соң 2015 жылы ресми түрде мемлекет тарапынан қолдау тапты. Осындай спорттық клубтар Рудный, Лисаковск секілді шағын қалалар мен өзге де шағын аудандарда болды.

Қазіргі таңда Қостанай облысының аймағында мүмкіншілігі шектеулі жандарға арналған Қостанай облысы әкімдігі дене шынықтыру және спорт басқармасының «Мүгедектер спорт клубы» КММ құрамында барлығы 152 спортшы бар. Олардың ішінде 58 спортшы Қазақстан Республикасының паралимпиадалық және сурдолимпиялық құрамасында. Жоғарыда айтып кеткендей, спортшылар көптеген республикалық, әлемдік деңгейлерде өтіп жатқан жарыстарға қатысып жүреді. Осындай жарыстарға қатысушылардың қатарында Колядин Александр Анатольевич – шаңғы тебуден еңбегі сіңген спорт шебері, Конкубаев Канат Бакирович – СУРДО үстел теннисі бойынша еңбегі сіңген спорт шебері, Искендинов Данияр Бейсембекович – СУРДО үстел теннисі бойынша еңбегі сіңген спорт шебері, Муктарова Малика Болатовна – арбадағы би бойынша халықаралық деңгейдегі спорт шебері, Қабыл Тұрсынай Турарқызы – пауэрлифтинг бойынша халықаралық деңгейдегі спорт шебері, Сидорчук Павел Алексеевич – атлетикадан халықаралық деңгейдегі спорт шебері, Лукутин Алексей Александрович – атлетикадан спорт шебері, Биклеев Данияр Алишерович – 1-ші ересек спорттық санаттың спортшысы, Джумабаева Айсулу Ербулатовна – СПОДА оқпен атудағы спорт шеберіне үміткер, Омаров Жанат Елеуович – СПОДА оқпен атудағы спорт шебері, Валитов Рустам Набильевич – СПОДА үстел теннисі бойынша халықаралық деңгейдегі спорт шебері, Данин Андрей Александрович – СУРДО мини-футболдан спорт шебері, Березин Юрий Николаевич – СПОДА шаңғы тебуден спорт шеберіне үміткер, Алимов Нурлан Жалғасбаевич - СПОДА шаңғы тебуден спорт шеберіне үміткер, Стасюк Владимир Владимирович – СПОДА шаңғы тебуден спорт шеберіне үміткер секілді спортшыларымыз бар [3].

Бейімделу дене шынықтыру және спорт түрлерін қолдау үшін 2018 жылдан бастап мүмкіндігі шектеулі спортшыларды ынталандыру және оларды көтермелеу мақсатында республикалық, Азия және әлем чемпионаттарының жүлдегерлеріне мемлекет тарапынан жалақы бөліне бастады.

Азғантай уақыт ішінде көптеген спортты жаны сүйген жандар республикалық, әлемдік аренада өнер көрсетіп, жүлделі орындарды иеленді. Мәселен, шаңғышы Колядин Александр сынды азаматымыз қысқы паралимпиялық ойындардың чемпионы атанды. Бұл да бір осы спорт түрінің жарқын келбетінің айнасы екенін көруге болады.

Бірақ, бұндай жетістіктерге қарамастан проблемалардың көптігі дамуға кедергі жасауда. Ол мәселелерді бірнеше кезеңге бөліп қарастыруға болады:

Алғашқы кезең клуб ашылған соң мамандардың жеткіліксіздігі проблемасының туындауы. Бұл проблеманың себебі жалақының аздығы. Мысалы, кәдімгі спорт мектептеріндегі жаттықтырушылардың айлықтарына көтермелеу және жігерлендіру

мақсатында «Азаматтық қызметшілерге, мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен ұсталатын ұйымдардың қызметкерлеріне, қазыналық кәсіпорындардың қызметкерлеріне еңбекақы төлеу жүйесі туралы» ҚР Үкіметінің 2015 жылғы 31 желтоқсандағы № 1193 қаулысына сәйкес жалақыларына қосымша ақша алады. Бірақ бұл қаулыда мүмкіндігі шектеулі жандарға арналған клубтардың мәселелері қарастырылмаған. Осылайша жаттықтырушылардың жалақысының аздығынан үлкен мәселе туындады [4].

Келесі мәселеге келетін болсақ, бұл – арнайы мамандандырылған базаның жоқтығы. Өңірлерде спорттық нысандармен қамтамасыз ету деңгейі жеткіліксіз. Дене шынықтыру және спорт басқармасының қолдауымен осы спорт түріне арнайы дайындық залдары берілді. Алайда, бұл залдар екінші қабатта орналасқандықтан мүмкіндігі шектеулі жандарға бұл мәселе қиындық тудырды. Жаттықтырушылар өздері спортшыларды екінші қабатқа көтеріп, өздері түсіретін. Әрине, бұл оңай нәрсе емес. Және де тағы бір ауқымды проблема – берілген залдардың жуынатын бөлмелері мен дәретханалары мүмкіндігі шектеулі спортшылардың ыңғайына қарай жабдықталмаған. Ал, жуынатын бөлме мен дәретханалардың жабдықталуы кез келген спорт түрінің спортшылары және олардың гигиеналары үшін маңызды өмірлік факторлардың бірі болып табылады. Бұл мәселе тіпті спортшылар басқа өңірлерге жарыстарға барған кезде де әрдайым мазалап отырды.

Мәселенің үшінші кезеңі - белгіленген арнайы атыс қаруын қолданатын спорт түрі басқа спорт түрлерінің жанында кем дамымаған. Бірақ бұған арнайы орындардың, яғни атыс алаңдарының (атыс тирлерінің) жоқтығы және де арнайы мемлекеттік мекемелердің құзырындағы атыс тирлеріне рұқсаттың болмауы бұл спорт түрінің дамуына үлкен кедергі болып отыр.

Төртінші кезең спорттық клуб ашылған сәтте клуб спортшыларының жас мөлшері өте жоғары еді. Яғни, көбісі ересек кісілер болды. Жас буын өте аз дамыған. Сондықтан, жаттықтырушылардың бастамасымен мәдени-көпшілік іс-шараларда, мейрамдарда ерекше көзге түскен мүмкіндігі шектеулі жас спортшыларды осы спорттық клубқа тарту мақсат тұтылған. Осылайша, мүмкіндігі шектеулі жандарға арналған спорттық клубта жас спортшылар санының біршама артылғаны байқалды. Бұл бастама өзінің оң нәтижесін бере бастады. Мысалы, пауэрлифтинг спорт түрінің дамуы. Бұл спорт түрі ең алғаш Қазақстанның Оңтүстік аймақтарында, атап айтсақ Алматы облысының Талдықорған қаласында жақсы дамыған еді. Ал, қазір бәрі өзгеруде. Бүгінгі таңда Қостанай қаласы осы спорт түрінен командалық орындармен жүлделі орындарды иеленіп жүр.

Мәселенің келесі кезеңі - би өнерімен айналысатын спортшыларымыздың өнер көрсетуіне құрал-жабдықтардың және де арнайы техникалардың болмауы, әрі олардың бағасының өте жоғарлығы. Көптеген жағдайларда тек мүмкіндігі шектеулі жандардың би спорты ғана емес, басқа да салаларында әлсіз материалдық-техникалық базамен байланысты. Мүмкіндіктері шектеулі адамдар үшін қажетті құрал-жабдықтардың жоқтығы. Бұл проблема спортшылардың спортқа деген құлшынысын бәсеңдетіп қана қоймай, өмірге деген талпынысына тосқауыл болатыны анық.

Бұндай жандардың спортпен айналысуы біздің қоғам үшін өте таңсық дүние болып қалыптасқан. Қоғам бұндай жобаларға қолдау көрсетпеуде, себебі қоғам мен мүмкіндігі шектеулі жандар арасында қатынас орнауы қиын. Осы жағдайдың кесірінен біздің қоғам олардың проблемаларын және өмірге деген құлшыныстарын әрі жастайынан спортқа деген қызығушылықтарын білмейді.

Елімізде осындай салаларда еңбек ететін мамандар жоқтың қасы, яғни тағдыр тәлкегінде жүрген жандарға екіншісі бірі қол ұшын созбасы бәрімізге мәлім. Бүгінгі күні жаттықтырушылардың көпшілігі дені сау спортшылармен жұмыс істеуге үйренген. Өйткені өздерінің жеке қара басына күн тумаған соң бұндай жандардың қандай қиыншылық пен ауырпашылық көріп жүргенін ешкім де түсіне алмасы анық. Ерекше адамдармен жұмыс істеу белгілі бір қауіп-қатерлерге әкеледі деп түсінеді. Сондықтан біз қоғам болып ХХІ ғасырдың көзі ашық, көкірегі ояу, оқыған, дамыған ел азаматы ретінде

осы қиындықтар мен проблемалардың бір шешімін табуымыз қажет. Мәселен, біз бірінші кезекке қойған проблемамыз - қажетті мамандардың жетіспеушілігі.

Мүгедектігі бар адамдарға арналған сабақтар үшін дене тәрбиесі туралы жалпы білім жеткіліксіз, психология және медицинамен байланысты арнайы білім қажет. Бұл мәселеге ұсыныс ретінде ұсынарымыз арнаулы білім беру орталықтарында және колледж, университет, Академия сынды ЖОО-да дәл осы спорт түрінің мамандарын даярлайтын ведомстволық факультеттің құрылуын қолға алу керек. Осы мәселе қолға алынған болса, маман тапшылығы проблемасы өз шешімін табатынына сеніміміз мол.

Ал келесі мәселе – арнайы мамандандырылған базалардың жоқтығы мәселесін шешу үшін ұсынарымыз жергілікті атқарушы органдармен бірлесе отырып мемлекет тарапынан денешынықтыру және спорт басқармасының қолдауымен жергілікті жерлердегі спорт мектептерінің бір аудиториясы дәл осы спорт түріне жабдықталуы қажет.

Үшінші мәселенің шешімін қарастырсақ, біздің ұсынарымыз, әрине, қала ішінде атыс алаңдары көп жерлерде шоғырланбаған. Тек мемлекеттік арнайы мекемелер, мәселен Ішкі істер органдары қызметкерлерінің полиция департаментінде және Қазақстан Республикасының Қарулы күштерінің әскери бөліністерінде ғана бар. Яғни, мүмкіндігі шектеулі спортшылардың атыс жаттығуларын жүргізуі үшін жоғарыда аталған мемлекеттік мекемелердің атыс тиріне әскери тактикалық сабақтарға кедергі келтірмей, күнтізбелік режимін бұзбайтындай жағдайда ғана қол жеткізуге рұқсат алуымыз керек.

Келесі мәселе бұл – қажетті құрал-жабдықтардың, арнайы техникалардың жетіспеушілігі және олардың қол жеткіліксіз бағада болуы. Бұл құрал-жабдықтар мәселесі тек бұл спорт түрінде ғана емес, барлық спорт түрінде маңызды рөл атқарады. Ал нақты осы мүмкіншілігі шектеулі жандардың айналысатын спорт түріне келер болсақ, құрал-жабдықтар мен қажетті технологиялар спортшылар үшін ауадай қажет десек те артық емес. Аталған мәселенің шешімін ұсынар болсақ, дәл осы спорт түрінің әл-ауқатын көтеру мақсатында және мүмкіншілігі шектеулі спортшыларға қолдау көрсетуге мемлекет қазынасынан ауқымды қаражат бөлінуі тиіс. Сондай-ақ, бейімделу спортында «қарапайым» адамдардың жоғары жетістіктерінде көтермелеу және сыйақы жүйесі болуы керек деп санаймыз. Себебі, бұл спорт түрінің елімізде қанатын кеңге жайып, республикамыздың әр өңірінде етек алып кеткенін бәріміз білеміз. Бірақ осындай проблемалармен күн кешіп келе жатқан осы спорт түріне баяғыша немқұрайлы қарауға болмайды. Бір жағадан бас, бір жеңнен қол шығарып, бір ел, бір жер болып осы аталған барлық өзекті проблемалардың бір шешімін табамыз деп ойлаймыз. Және осы мақала арқылы елімізде Бейімделу дене шынықтыру және спорт түрлерінің дамуына аз да болсын үлесімізді қосамыз деген сенімдеміз.

Жаратушының пендесіне қалаған сынағы шығар, бірақ деміккенге демеу болып, қиналғанға қамал болу және де аялы алақанын тосып, жүрек жылуын ұсыну адамзаттың басты парызы емес пе? Қазақстан халқының ең ізгі де көрнекті қасиеттерінің бірі ол біреу қиналса қол ұшын созу, оны демеу, ауырғанға, қамыққанға қамқор болу, бұндай қасиеттерді халқымыз адамгершіліктің ең үлкен белгісі деп түсінеді. Сондықтан, мүмкіндігі шектеулі бауырларымыздың жағдайына бей-жай қарамай, олардың көкіректерінде жүрген өзекті мәселелерін қоғам болып шешкеніміз абзал.

### **Библиографиялық тізім**

1. [http// abai.kz>post/78577](http://abai.kz>post/78577);
2. «Дене шынықтыру және спорт туралы» 2014 жылғы 3 шілдеде қабылданған № 228-V ҚРЗ;
3. Информация о достижениях «Спортивного клуба инвалидов» Управления физической культуры и спорта акимата Костанайской области за 2019 год;

4. «Азаматтық қызметшілерге, мемлекеттік бюджет қаражаты есебінен ұсталатын ұйымдардың қызметкерлеріне, қазыналық кәсіпорындардың қызметкерлеріне еңбекақы төлеу жүйесі туралы» ҚР Үкіметінің 2015 жылғы 31 желтоқсандағы № 1193 қаулысы.

5. Т.П.Бегидова Основы адаптационной физической культуры: Учебное пособие. – М.: Физическая культура и спорт, 2007.

6. Медико-социальные основы независимой жизни инвалидов: Учебное пособие / В.С. Ткаченко. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2010.

7. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник. В 2 т. Т.1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под общей ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2003.

УДК 796:338

**Копжанов Ғ.Б.**, педагогика ғылымдарының магистрі  
Қазақ спорт және туризм академиясы  
Алматы қ, Қазақстан Республикасы

## ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ БЕЙІМДІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ МЕН СПОРТТЫҢ ДАМУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

*Аңдатпа.* Мақалада бейімдік дене шынықтырудың даму мәселелері қарастырылады, бейімдік дене шынықтырудың отандық және шетелдік негізгі жүйелері талданады, сондай-ақ Қазақстандағы бейімдік дене шынықтырудың қазіргі даму барысы көрсетілген.

*Түйін сөздер:* бейімдік дене шынықтыру, мүгедек, паралимпиадалық спорт, оңалту, бейімдеу, түзету қызметі, спорт.

## ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В КАЗАХСТАНЕ

*Аннотация.* В статье рассматриваются вопросы развития истории адаптивной физической культуры, анализируются основные отечественные и зарубежные системы адаптивного физического воспитания, а также отражен современный уровень развития адаптивной физической культуры в Казахстане.

*Ключевые слова:* адаптивная физическая культура, инвалид, паралимпийский спорт, реабилитация, коррекционная деятельность, спорт.

## PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND SPORT IN KAZAKHSTAN

*Abstract .* The article deals with the development of the history of adaptive physical culture, analyzes the main domestic and foreign systems of adaptive physical education. It also reflects the current level of development of adaptive physical culture in Kazakhstan.

*Key words:* adaptive physical culture, disabled person, Paralympic sport, rehabilitation, correctional activity, sport.

Статистикаға сүйенсек жұқпалы және тұқым қуалайтын аурулар, түрлі экологиялық жағдайлар, нашақорлыққа әуес болу, мүгедектердің әлеуметтік және физикалық оңалуы дене тәрбиесі құралдары арқылы жүзеге асырылатынын көрсетеді. Әсіресе денсаулықты қалпына келтіру мәселесі, жастарды мүгедектер ортасынан қоғамдық пайдалы еңбекке тарту мақсатында дене шынықтыру құралдарын пайдалану.



Осыған байланысты мүмкіндігі шектеулі жандардың арасында дене шынықтыру мен спорттың орны ерекше маңызға ие болып отыр.

Бейімдік дене шынықтыру және спорт – мүгедектерді оңалтуға және қалыпты әлеуметтік ортаға бейімдеуге, олардың толыққанды өмірді сезінуіне, кедергі келтіретін психологиялық тосқауылдарды еңсеруіне, сондай-ақ қоғамның әлеуметтік дамуына өзінің жеке үлес қосуының қажеттігін сезінуіне бағытталған спорттық-сауықтыру сипатындағы шаралар кешені [2]. Сондай-ақ кейбір өмірлік қажетті қозғалыс дағдыларын қалпына келтіруге ықпал ететін ағзадағы оң өзгерістерді ынталандыру болып табылады.

Әлемде мүмкіндігі шектеулі жандардың арасында түрлі жарыстар өткізілуде, "Eurosport" еуропалық және бүкіләлемдік көзі көрмейтіндердің ойындары, Дүниежүзілік параплегиктердің спорттық ойындары, Дүниежүзілік ампутанттардың спорттық ойындары өткізіледі. Осындай жарыстарда мүгедек спортшылар тіпті марафондық қашықтықты да бағындырған болатын.

Кез келген мемлекет үшін, мүгедек азаматтардың денсаулығы, қозғалыс мүмкіндігі шектеулі адамдардың бейімделуі проблемасының шешімін табу басты мәселе болып табылады.

Мысалы, Ресей Федерациясында "Білім туралы" Заңы білім беру мекемелерінің жұмыс тәжірибесіне дене тәрбиесін қоса алғанда, толыққанды тұлғаны дамытып, қалыптастыру үшін әрбір баланың жасына сай жағдайларды уақтылы қамтамасыз етуге бағытталған шаралар кешенін енгізу мәселесін бірінші кезекке қойды. Бұл мәселені шешу, ерекше әлеуметтік және педагогикалық мәнге ие болып отыр.

Бейімдік дене шынықтыру әдістемесі баланың дене және психикалық саласының ауытқуымен байланысты елеулі айырмашылықтарға ие.

Әр түрлі нозологиялық топтағы балалардың медициналық-физиологиялық және психологиялық ерекшеліктеріне қатысты номинациялар, балалардың категориясымен жұмыстың арнайы-әдістемелік принциптері, педагогикалық үдерістің түзету бағыты бейімдеу дене тәрбиелеудің жеке әдістемелерін құру мен ұстауға концептуалды тәсілдерді анықтайды.

Ресейде "Бейімдік дене шынықтыру" мамандығы бойынша жоғары кәсіби білім берудің мемлекеттік стандарты бекітілген.

Ресей Федерациясында бейімдік дене шынықтыру бойынша мамандарды оқыту "Денсаулық жағдайында ауытқулары бар тұлғаларға арналған дене шынықтыру (Бейімдік дене шынықтыру)" мамандығы бойынша екінші буынның мемлекеттік білім беру стандарты негізінде жүргізіледі. Бейімдік дене шынықтырудың маманы денсаулық жағдайында ауытқуы бар адамдармен, сондай-ақ дамуында кемістігі бар барлық санаттағы адамдармен жұмыс істеуге және спорттық-педагогикалық, рекреациялық және сауықтыру-оңалту, кәсіби қызметтің түзеу, ғылыми-әдістемелік ұйымдастыру-басқару түрлерін жүзеге асыруға құқылы.

Сонымен қатар, "Бейімдік дене шынықтыру", "Денсаулық жағдайында ауытқулары бар тұлғаларға арналған дене шынықтыру" (Бейімделген дене шынықтыру) мамандықтары бойынша орта және жоғары кәсіби білім берудің федералды мемлекеттік білім беру стандарттары бекітілді.

Қазіргі таңда Қазақстанның мемлекеттік білім беру саясатының басты міндеттерінің бірі барлық балалардың жасына, денсаулық жағдайына қарамастан инклюзивті білім беруді дамыту арқылы сапалы білім алуға қол жеткізу болып табылады.

Соңғы жылдары Қазақстанда мүгедектер саны азаймай отыр, атап айтқанда қан айналымы жүйесінің аурулары, онкологиялық аурулар мен түрлі жарақаттар, аталған фактінің негізгі себептері болып табылады.

Қазақстанда бала мүгедектігі де азаймай отыр, себебі туа біткен ауытқулар, жүйке жүйесінің аурулары және психикалық бұзылу сияқты аурулар жиі орын алуда. Республикада даму мүмкіндіктері шектеулі балаларды оқытуға арналған арнайы білім беру ұйымдарының желісі жұмыс жасай бастады.

Оңалту орталықтары, логопедтік пункттер жұмыс жасауда. Даму мүмкіндігі шектеулі балаларға арналған арнайы балабақшалар жұмыс істеуде. Жалпы білім беретін мектептерде ашылған арнайы (түзету) сыныптарында және арнайы түзету мектептерінде мектеп жасындағы балалар аурудың негізгі сегіз түрі мен типтері бойынша білім алуды. Есту қабілеті бұзылған, тірек-қимыл аппараты бұзылған, сөйлеу қабілеті бұзылған және психикалық дамуы тежелген балаларды оқыту жалпы білім беретін мектептерге арналған оқулықтар бойынша жүзеге асырылады. Нашар көретін оқушылар ірілендірілген шрифті бар оқулықтар бойынша, көзі көрмейтін оқушылар Брайль шрифтінің көмегімен жазылған оқулықтар бойынша білім алуда.

Мүгедек балаларды интернетке қосылған компьютерлік техникамен қамтамасыз ету іс-шаралары жүзеге асырылуда. Тірек-қимыл аппараты бұзылған балалар үшін жеке қозғалу құралдарымен қатар бүгінде арнайы пернетақта мен манипуляторлар, есту қабілеті бұзылған балалар үшін – жеке есту аппараттары, көзі көрмейтін тифлотехникалық құралдар сатып алынуда.

Арнайы білім беру мекемелері мүмкіндігі шектеулі балалардың танымдық дамуын ынталандыратын мультимедиялық білім беру жүйелерімен жабдықталған, интерактивті тақталар орнатылған.

ТЖКБ және жоғары білім беру жүйесінде қабылдау квотасы белгіленген, оларды еркін жіберу үшін жағдайлар жасалған, оқуға арналған арнайы құралдар пайдаланылады. Нәтижелі жұмыспен қамтуды және жаппай кәсіпкерлікті дамыту бағдарламасы шеңберінде, мүмкіндігі шектеулі жандардың халықты жұмыспен қамту шараларына басым тәртіппен қатысуға құқығы бар. Яғни, мүмкіндігі шектеулі жандар қоғамның барлық мүшелерімен тең дәрежеде белсенді еңбекпен айналысуға құқылы.

Мүгедектігі бар адамдарды жұмысқа орналастыру бойынша жұмыс берушілерді ынталандыру мақсатында 2018 жылдан бастап мүгедектігі бар адамдарды жұмысқа орналастыру үшін арнайы жұмыс орнын жабдықтауға байланысты жұмыс берушілердің шығындарын субсидиялау енгізілді. Бұл мақсатқа республикалық бюджеттен жыл сайын жеткілікті қаражат бөлінеді. Қазақстанда мүгедектігі бар адамдардың құқықтарын қамтамасыз ету және өмір сүру сапасын жақсарту жөніндегі 2019-2023 жылдарға арналған ұлттық жоспар әзірлеу жоспарлануда. Онда мүгедектігі бар адамдардың құқықтарын сақтау және қорғау саласындағы мемлекеттік саясатты іске асыруға бағытталған нысаналы индикаторлар көрсетілген жеті басым бағыт болады.

Бейімдік дене шынықтырудың ықпал етуінің басты бағыттарының бірі адам ағзасына және тұлғасына әсер ету, және өмірлік маңызды қозғалыс дағдыларын қалыптастыру болып табылатыны белгілі. Денсаулығында ауытқулары бар адамның обілім алып, жұмыс істей алуы, өзін қоғамның тең мүшесі ретінде сезінуі үшін бейімдік дене шынықтырудың рөлі зор. Бейімдік спорттың гуманистік бағыттағы рөлі өлшеусіз. Ол тағдыры ерекше адамдарға қоғамға оралуға мүмкіндік береді.

1991 жылы Қазақстанда мүгедектердің дене шынықтыру және спорт қауымдастығы құрылды. Қауымдастықтың негізгі бағыты мүмкіндігі шектеулі жандардың арасында спортты дамыту, халықаралық аренада қорғау Қазақстанның мүддесін. Сондай-ақ Қазақстанның соқыр спортшыларының одағы мен саңыраулар спорттық одағы құрылды, өз кезегінде аталған ұйымдар түрлі деңгейдегі жарыстарды ұйымдастырып өткізуде.

Мүгедектердің республикалық спартакиадасы өткізілді, халықаралық жарыстарда ТМД чемпионы, Азияның екі дүркін чемпионы болған және Атланта қаласында өткен Паралимпиадалық ойындарда 8-ші орын алған отырып ойнайтын волейболдан Қазақстан құрама командасы сәтті өнер көрсетті. Мүгедектер арасында дене шынықтыру мен спорттың дамуына Спорт және дене шынықтыру істері агенттігі үлкен көңіл бөлуде. Оларға ел чемпионаттарын, республикалық спартакиадаларды, барлық санаттағы мүгедектер арасында паралимпиадалық ойындарды өткізуге қаржылай қолдау

көрсетілуде. Сондай-ақ мүгедектер спорты бойынша Қазақстан құрама командаларының халықаралық жарыстарға қатысуына көмек және қолдау көрсетілуде.

Жыл сайын Қазақстанда барлық санаттағы мүгедектер арасында түрлі спорт түрлерінен ел чемпионаттары, мүгедек спортшылардың республикалық Спартакиадасы мен Паралимпиадалық ойындары өткізіледі.

Мүгедектер арасында дене шынықтыру мен спортты танымал ету; мүгедектер арасында Паралимпиадалық және ұлттық спорт түрлерін дамыту мақсатында Қазақстанның Паралимпиадалық комитеті құрылды, ол елдің спорт ұйымдарының үйлестіруші органы болып табылады және халықаралық аренада Қазақстанның мүгедек спортшыларының мүдделерін қорғайды. Бүгінде республикада мүгедектер спортының спорт клубтары, мамандандырылған спорт мектептері жұмыс істейді [5].

Қазақстан жоғары нәтижелерге қол жеткізу үшін үлкен әлеуетке ие елдердің қатарында. Бірақ паралимпиадалық спорт түрлерін дамыту үшін қажетті жағдайлар жасалып жатыр ма? Жағдайлар деп арнайы жаттықтырушыларды даярлау, арнайы жабдықтарды сатып алу, спорт залдарында жағдай жасауды айтып отырмыз.

«ҚР кейбір заңнамалық актілеріне дене шынықтыру және спорт мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» заң аясында Қазақстанда "мүгедек спортшы" және "паралимпиадалық қозғалыс" ұғымдарының анықтамасы талқыланды [6].

Мүгедектер мен денсаулық жағдайында ауытқулары бар тұлғалардың белсенді демалысын ұйымдастыру, оларды басқа қызмет түріне ауыстыру, қозғалыс белсенділігінен рахат алу және т. б. үшін дене жаттығуларын пайдаланудың ең тиімді жолдары зерттелуде. Сонымен қатар, бейімделген дене тәрбиесінің негізгі түрлерінің мазмұны мен міндеттері бейімделу дене тәрбиесінің мүмкіндіктерінің, құралдары мен әдістерінің әлеуетін ашады, олардың әрқайсысы ерекше бағыттылығына ие бола отырып, мүгедектің өміршеңдігін барынша арттыруға ғана емес, сонымен қатар жеке тұлғаның жан-жақты дамуына да ықпал етеді [4].

Қорыта келсек, бар кедергілерді еңсеру үшін және мүмкіндіктері шектеулі адамдардың құқықтарын толық іске асыру, құқықтар мен мүмкіндіктер теңдігін, әлеуметтік өмірдің барлық салаларында қолжетімді ортаны, денсаулықты қорғау, білім беру, әлеуметтік қорғау, демалыс, құқықтар мен мүмкіндіктер теңдігін қамтамасыз ету үшін күш-жігерді біріктіру қажет.

Мүмкіндігі шектеулі адамдардың өмір сүру сапасын жақсарту әлеуметтік бейімделу және қоғамдық өмірге кіріктіру тетіктерін жетілдіруді талап етеді. Бұл бағыттағы басты бағыт мүгедектердің қоғамдық өмірге "тең және кедергісіз қол жеткізуі" қағидатын енгізу, сондай-ақ олардың экономикалық тәуелсіздігін қамтамасыз ету болып табылады.

### **Библиографиялық тізім**

1. Евсеев С.П., Шапкина Л.В., Адаптивная физическая культура: Учебное пособие. — М.: Советский спорт, 2000
2. Қазақстан Республикасының Дене шынықтыру және спорт туралы Заңы 2014 жылғы 3 шілдедегі № 228-V ҚРЗ
3. Қазақстан Республикасының «Дене шынықтыру және спорт туралы» заңы
4. Фильчаков С.А., Чернышева И.В., Шлемова М.В., Егорычева Е.В. Адаптивная физическая культура в жизни инвалидов // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 7-2. – С. 87-87.
5. <https://inbusiness.kz>
6. <http://sport.gov.kz>

УДК 376.23

**Ким В. В.**, инструктор физической культуры  
АОУ детский сад № 17 «Непоседы»  
г. Долгопрудный Московская обл., Российская Федерация  
swim2001@rambler.ru

**СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ  
ОБРАЗОВАНИЯ.  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «МИР ДЕТСТВА В НАДЕЖНЫХ РУКАХ»**

*Аннотация.* Проект адаптации дошкольника и младшего школьника с ОВЗ к условиям и требованиям общеобразовательной системы. Адаптированный образовательный процесс, работающий по принципу «педагог-ребенок-родитель».

*Ключевые слова:* образовательный проект, дети с ОВЗ, физическая культура.

**SOCIAL ADAPTATION OF CHILDREN WITH RESTRICTED HEALTH IN THE  
CONDITIONS OF EDUCATION SYSTEM MODERNIZATION.  
EDUCATIONAL PROJECT "THE WORLD OF CHILDHOOD IN RELIABLE  
HANDS"**

*Abstract.* Project of adaptation of preschool and primary school children with disabilities to the conditions and requirements of the General education system. Adapted educational process, working on the principle of "teacher-child-parents".

*Keywords:* educational project, children with disabilities, physical education.

**Актуальность и новизна проблемы:** Апробация и введение ФГОС (ООПДО «От рождения до школы»), в том числе и для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, стала ключевой задачей модернизации всей системы образования. В связи с этим закономерно возник вопрос о том, какие из организационно-педагогических условий являются ведущими для успешной реализации разрабатываемого Стандарта. С учетом ступенчатости и непрерывности государственной образовательной системы (дошкольник – школьник – студент).

Прогрессирующая и неутешительная статистика среди детей раннего дошкольного и школьного возраста с проявлением РАС (расстройств аутистического спектра), сложности в развитии, поведении, обучении и образовании, указывают на необходимость создания адаптированной общеобразовательной программы (АООП) с учетом особенностей и возможностей всех участников эксперимента (педагог-ребенок-родитель).

На наш взгляд, именно данное условие в дальнейшем позволит успешно адаптировать дошкольника и младшего школьника с ОВЗ, к условиям и требованиям общеобразовательной системы в целом.

Физическая культура – это, пожалуй, один из немногих предметов, сопровождающий человека на протяжении всей жизнедеятельности. Физическая культура (ФК) находится в тесной связи с умственным, нравственным, эстетическим воспитанием, трудовым обучением, и не только способствует коррекции психофизического развития, но и является одним из мощных и успешных средств социализации и интеграции человека в обществе.

Физическое воспитание (ФВ) является неотъемлемой частью всей системы учебно-воспитательной работы любого образовательного учреждения.

**Цель проекта:** социальная адаптация детей с ограниченными возможностями здоровья в системе ФГОС. Проект утверждает приоритетное значение ФВ и ФК среди способов социализации личности ребенка с ОВЗ.

**Задачи проекта:**

- *ранняя диагностика* и определение основных направлений индивидуального маршрута коррекционного развития и образования;
- *изучение качественных показателей* достижений детей, складывающихся в целесообразно организованных образовательных условиях;
- *реализация индивидуальных возможностей*, формирование гармонично развитой личности;
- *сохранение семейных ценностей*, культурных, национальных традиций, формирование правильного представления о ЗОЖ.

**Гипотеза проекта.** Одной из успешных форм для социальной интеграции ребенка в социальной жизни является адаптированный образовательный процесс, работающий по принципу «педагог-ребенок-родитель». Становясь непосредственным участником воспитательного, образовательного процесса именно родитель помогает ребенку достичь наилучшего результата.

*Ранняя диагностика*, своевременно поставленный диагноз, правильное заключение психолого-медико-педагогической комиссии, поэтапная реализация адаптированного основного образовательного маршрута и программы позволят дошкольнику перейти на следующую ступень образования.

**Объект:** Создание единого консультативного Центра ранней диагностики, развития и помощи семьям, имеющих детей с ОВЗ (в системе ДОУ и начальной школы).

**Предмет:** Педагогический процесс специалистов различных направлений дошкольного образования (дефектолог, психолог, социальный педагог, воспитатели, логопеды, специалисты ФК и ЛФК) в основе которого лежит двигательная активность и физическая культура. Физическое развитие (ФВ) и физическая культура (ФК), как базовое и основное средство коррекционной работы для социальной адаптации ребенка с ОВЗ.

**Материально-техническое обеспечение.** Для работы коррекционно-педагогического процесса имеется:

- разработанная и апробированная программа по работе с детьми, имеющих особенности развития
- спортивный и музыкальный залы, плавательный бассейн, игровые и спортивная площадка, кабинет логопеда, психолога, медицинского работника, изостудия;
- игровое и спортивное оборудование, мягкие образовательные модули, спортивные тренажеры, ориентиры;
- наглядное и методическое обеспечение кабинетов указанных специалистов;

Для более успешной реализации проекта и создания консультативного Центра развития и помощи дополнительно необходимо:

- специально-оборудованная спортивная площадка для проведения спортивных мероприятий, оборудование;
- наглядно-дидактическое оборудование и учебные материалы для работы специалистов по программе М. Монтессори, учебные материалы по сенсомоторике;

**Результатом успешной динамики в обучении** станут личностные, предметные и метапредметные достижения дошкольников, а также очевидные и положительные результаты успешной социальной адаптации этой категории детей в обществе.

**Этапы реализации проекта.**

Создание Центра ранней диагностики, развития и помощи семьям, имеющих детей с ОВЗ:

- консультации, мастер-классы, круглые столы для родителей;
- ранняя диагностика специалистов: дефектолога, логопеда, психолога, социального педагога, специалиста по ФК ;

- проведение занятий по адаптации ребенка с ОВЗ к дальнейшей интеграции в обществе.

- определение «зоны ближайшего развития» (представление практического опыта на различных уровнях, взаимосвязь с начальным образованием). Результативность реализации проекта и работы Центра.

### **Библиографический список**

1. ОТ РОЖДЕНИЯ ДО ШКОЛЫ. Примерная общеобразовательная программа дошкольного образования / Под ред. Н.Е. Вераксы, Т. С. Комаровой, М. А. Васильевой. - М.: МОЗАИКА-СИНТЕЗ, 2014.

УДК 796/799

**Каскербаев М.Д.**, директор

РГКП «Центр спортивной подготовки для лиц с органиченными физическими возможностями» Комитета по делам спорта и физической культуры Министерства Культуры и спорта Республики Казахстан  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан

### **ПАРАЛИМПИЙСКОЕ ДВИЖЕНИЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ СОВРЕМЕННОГО МЕЖДУНАРОДНОГО ПАРАЛИМПИЙСКОГО ДВИЖЕНИЯ**

*Аннотация.* В данной статье рассматривается информация по паралимпийскому движению и анализируются выступления спортсменов на международных аренах по паралимпийским видам спорта.

*Ключевые слова:* Паралимпийские игры, спортсмены, анализ выступлений спортсменов на международных соревнованиях, комплексная научная группа.

### **ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ПАРАЛИМПИАДАЛЫҚ ҚОЗҒАЛЫС ЗАМАНАУИ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ПАРАЛИМПИАДАЛЫҚ ҚОЗҒАЛЫСТЫҢ ҚҰРАМДАС БӨЛГІ РЕТІНДЕ**

*Аңдатпа.* Бұл мақалада паралимпиадалық қозғалыс бойынша ақпарат қарастырылады және паралимпиадалық спорт түрлері бойынша халықаралық ареналарда спортшылардың өнер көрсетулері талданады.

*Түйін сөздер:* Паралимпиадалық ойындар, спортшылар, спортшылардың халықаралық жарыстарда өнер көрсетуін талдау, кешенді ғылыми топ.

### **PARALYMPIC MOVEMENT IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN AS AN INTEGRAL PART OF THE MODERN INTERNATIONAL PARALYMPIC MOVEMENT**

*Abstract.* This article discusses information on the Paralympic movement and analyzes the performance of athletes in international arenas in Paralympic sports.

*Keywords:* Paralympic games, athletes, analysis of athletes ' performances at international competitions, complex scientific group.

*Цель исследования.* Рассмотрены основные этапы развития паралимпийского движения, представлен анализ численности участников, представительства различных

стран, результатов их выступлений, видов спорта в программах Паралимпийских игр разных лет.

**Методы исследования:** анализ и обобщение научной литературы, архивных материалов, юридических документов.

**Результаты.** Паралимпийское движение объединяет и делает доступным спорт для людей с различными видами нарушений, а именно: нарушениями нервной системы, паралича и нарушением длины конечностей, зрения, интеллекта и роста. Спортсмены с подобными видами нарушений представлены в мировом паралимпийском сообществе следующими международными организациями спорта для лиц с церебральным параличом (CPISRA), для лиц с ампутацией и пользователей инвалидных кресел (IWAS), для лиц с нарушением зрения (IBSA) и для лиц с нарушением интеллекта (INAS). Именно эти организации решили объединиться в 1982 году и создали Международный Координационный Комитет спорта для инвалидов, который позднее был переименован в Международный Паралимпийский Комитет. С 1985 года Международный комитет спорта для глухих (ICSD) тоже являлась членом МПК и спортсмены с нарушением слуха были полноценными участниками паралимпийского движения.

Однако в 1994 году эта организация вышла из состава МПК и с тех пор самостоятельно проводит так называемые «Сурдлимпийские игры». Ранее упомянутые международные организации спорта для лиц с инвалидностью (IBSA, IWAS, CPISRA и INAS) так же ежегодно проводят соответствующие Всемирные игры IBSA, Всемирные игры IWAS, Всемирные игры CPISRA и Всемирные игры INAS. Разница в том, что все эти организации являются членами МПК и по результатам этих соревнований распределяются лицензии на участие в Паралимпийских играх, а Сурдлимпийские игры не относятся к Паралимпийскому движению, поскольку Международный Сурдлимпийский Комитет является самостоятельной организацией и не имеет членства в МПК. Специальное олимпийское движение представляет спорт для лиц с интеллектуальными нарушениями, но так же является самостоятельным движением и не является членом МПК. Аналогом Special Olympics в Паралимпийском движении является организация INAS, которая представляет спортсменов с нарушением интеллекта, но уже на уровне высшего спорта.

Таким образом, Паралимпийское движение, исходя даже из этимологии слова «паралимпик», где приставка «пара» происходит от греческого «para» – «около», «рядом» - идет рядом с Олимпийским движением, являясь эталоном высшего спортивного мастерства среди лиц с инвалидностью, так же, как и олимпийское движение среди лиц без инвалидности. История взаимоотношений олимпийского и паралимпийского движений на международной арене всегда находят свое отражение и на национальном уровне. Для справки, МПК – это международный руководящий орган Паралимпийских видов спорта, тогда как МОК – это международный руководящий орган Олимпийских видов спорта.

Совсем недавно в мире отечественного паралимпийского спорта произошло очень значимое событие – приняты поправки с законодательство о спорте, которые должны существенным образом повлиять на развитие Паралимпийского движения в Казахстане. Основная суть поправок касалась изменения системы финансирования спорта. При этом, важнейшими, на наш взгляд, инициативами, являются именно те, которые были добавлены в законопроект по инициативе депутатов Мажилиса парламента Республики Казахстан.

Следует отметить, что важность закона, прежде всего, заключается в том, что он признал, определил и узаконил те институты, которые уже присутствуют «де-факто», однако не были регламентированы ранее. Наиболее значимым является выделение Паралимпийского движения в самостоятельную статью и приравнивание его по значимости к уровню Олимпийского движения. Национальное паралимпийское движение является составной частью международного паралимпийского движения и возглавляется

НПК Республики Казахстан созданным в форме общественного объединения. Государство признает и поддерживает национальное паралимпийское движение, оказывая всемерное содействие НПК, основными функциями которого являются:

- пропаганда принципов паралимпийского движения, содействие развитию паралимпийских видов спорта высших достижений и массового спорта;
- представление Республики Казахстан в МПК, на Паралимпийских играх и других международных спортивных соревнованиях;
- проведение единой политики развития паралимпийского спорта высших достижений и массового спорта;
- содействие в подготовке спортсменов-инвалидов для участия в Паралимпийских играх и других международных спортивных мероприятиях;

Закон так же наделяет НПК исключительными правами на национальную паралимпийскую символику и полномочиями защищать на территории Республики Казахстан права МПК на использование паралимпийского символа и наименования «Паралимпийские игры».

После успешного выступления нашей сборной на Паралимпийских играх в Бразилии в 2016 году, значимость Паралимпийского движения и компетенция Национального Паралимпийского Комитета стали очевидными. Такими же очевидными стали и отличие Паралимпийского движения от Сурдлимпийского и Специального олимпийского движений.

С целью закрепления легитимности Паралимпийского движения так же в законе, впервые, наряду с олимпийским, национальным и неолимпийским, впервые вводится понятие паралимпийского вида спорта. К паралимпийским видам спорта относятся виды спорта, вошедшие в программу Паралимпийских игр и признанные Международным Паралимпийским комитетом. Каждые восемь лет перечень видов спорта, вошедших в программу Паралимпийских игр, меняется. Таким образом, некоторые игры, такие как , футбол для лиц с церебральным параличом (футбол 7-на-7), на недавних Паралимпийских играх «РИО-2016» входил в перечень игр, но на следующих играх «ТОКИО-2020» уже не будет. Спортивные дисциплины, не вошедшие в перечень Паралимпийских игр, не являются паралимпийскими, и теперь будут относиться к неолимпийским видам спорта. К таким видам спорта можно отнести Танцы на колясках, Футбол 7-на-7, Пара-армрестлинг и многие другие.

Следует отметить, что за признанием НПК последовала и необходимость согласовательных процедур, одной из которых является согласование с НПК увольнения и назначения на должности главных тренеров национальных сборных команд и государственных тренеров по паралимпийским видам спорта. Важно отметить, что на сегодня в Дирекции развития спорта имеется только по одному государственному тренеру, отвечающий за развитие Паралимпийских, Сурдлимпийских и Специальных олимпийских видов спорта, каждый из которых включает в среднем до 20 спортивных дисциплин. К сравнению, для олимпийских видов спорта за каждым олимпийским видом спорта закреплен отдельный государственный тренер. При таком нагрузке о развитии Паралимпийского спорта не могло идти и речи. Надеемся, что данная норма позволит увеличить количество государственных и главных тренеров по паралимпийским видам спорта.

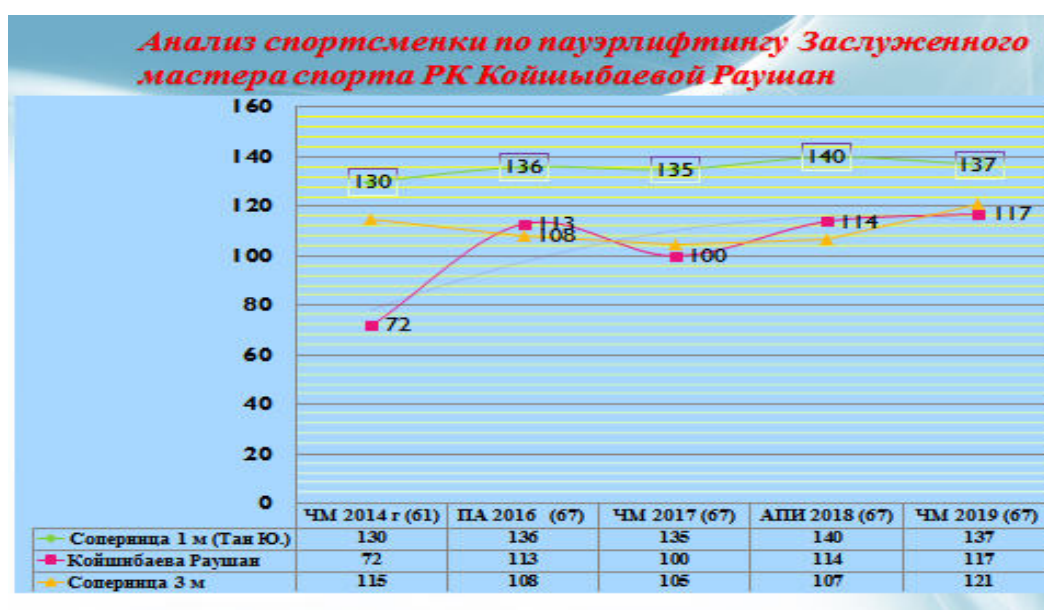
Развитие паралимпийских видов спорта теперь закреплено в качестве одной из задач государственной политики в области физической культуры и спорта. Данная норма является залогом того, что с этого дня политика государства по развитию спорта и всех его институтов, таких как спортивная наука и медицина, обучение и повышение квалификации тренеров, инфраструктура и оснащение спортивным инвентарем должны касаться не только олимпийских видов спорта, но и паралимпийских.

**Выступление Казахстанских спортсменов в Паралимпийских Играх.**



Казахстан в Паралимпийских Играх начал выступать с 1996 года с 7 спортсменами. Спустя 20 лет в Паралимпийских Играх Рио – 2016 участвовали 11 спортсменов по 5 видам спорта: в возрасте до 30 лет - 37%, в возрасте старше 30 лет - 63%, самый молодой - 21 лет, самый старший - 50 лет. Завоевано всего 2 медалей, из них золото-1(плавание), серебро-1 (пауэрлифтинг), командное 58 место.

Анализируем результаты выступлений заслуженного мастера спорта РК по пауэрлифтингу, серебрянного призера Паралимпийских Игр Рио – 2016 Коишибаеву Раушан. В Паралимпийских Играх Рио – 2016 она стала серебрянной призёркой в весовой категории 67 килограммов, подняв 113 кг. В 2018 году в Азиатских пара играх Раушан подняла 114 кг. На Чемпионате Мира 2019 года она стала 7, хотя подняла 117 кг, улучшив свои предыдущие результаты. Это говорит о том, что мировой уровень не стоит на одном месте.



В Паралимпийских Играх Рио - 2016 из Узбекистана участвовали 32 спортсмена, так же по 5 видам спорта: в возрасте до 30 лет - 94%, в возрасте старше 30 лет - 6%, самый молодой - 17 лет, самый старший - 37 лет. Завоевано всего – 31 медаль, из них золото - 8, серебро – 6, бронза-17, командное 16 место.

Сборная Китая в Паралимпийских Играх Рио - 2016 участвовали с 308 спортсменами, по 22 видам спорта: в возрасте до 30 лет - 80%, в возрасте старше 30 лет - 20%, самый молодой - 14 лет, самый старший – 52 года. Завоевано всего – 239 медалей, из них золото - 107, серебро – 81, бронза - 51, командное 1 место.

Из-за дисквалификации сборная России в Паралимпийских Играх Рио – 2016 не выступала, а в Лондоне 2012 года заняла 2 место, где было завоевано всего – 102 медалей, из них золото - 36, серебро – 38, бронза – 28. В последних 4-х зимних Паралимпийских Играх, летних и зимних Сурдлимпийских Играх Россия занимает 1-2 места.

**Закключение.** Анализируя выступление наших спортсменов и участие соседних стран в Паралимпийских Играх, предлагаем создать комплексную научную группу. Комплексная научная группа - группа квалифицированных специалистов, создаваемая для проведения научно-методического и медико-биологического исследований, определения функционального состояния и технического уровня подготовки спортсмена (далее - КНГ). Работа КНГ является составной частью подготовки сборных команд Республики Казахстан. Целью деятельности КНГ является повышение эффективности подготовки спортсменов сборных команд Республики Казахстан по видам спорта путем

разработки новых и совершенствования существующих методик, технологий и рекомендаций по подготовке спортсменов и внедрению их в практику подготовки сборных команд.

*КНГ реализует следующие задачи:*

1) обоснование необходимости научно-методического и медико-биологического обеспечения процессов планирования и программирования подготовки спортсменов;

2) обеспечение анализа регистрируемых параметров подготовки спортсменов и необходимости коррекции программ подготовки спортсменов;

3) участие в разработке программ организации годичного и четырехлетнего циклов тренировочного процесса подготовки спортсменов;

4) обеспечение контроля функционального состояния, адаптационных возможностей организма, физической работоспособности спортсменов;

5) организация и проведение углубленных комплексных обследований, углубленных медицинских обследований, этапных комплексных обследований, текущих обследований, оперативного контроля.

### **Библиографический список**

1. Ст. 13-1 Закон «О физической культуре и спорте РК» от 3 июля 2014 года № 228-V.

2. Кузнецов С.А., Кузнецова З.М. История развития паралимпийского спорта в мире. 2014. 2 (31) 46 с.

3. Ворошин И.Н., Короткова А.К. Современные системы спортивной тренировки: инновационные проекты и передовые практики. 2016. 5 (11).

4. Смирнов Ю.А., Петров И.А., Ишназаров А.М.. Анализ выступления спортсменов на Олимпийских играх в Лондоне. "Физическое воспитание и спортивная тренировка". 2016. № 2 (16).

УДК 796/799

**Моисеева Н.А.**, магистрант

Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан  
n.mendubaeva@yandex.ru

**Токтарбаев Д.С.**, доктор PhD

Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан  
darhantoktarbaev@mail.ru

**Тунгышмуратова Л.С.**, старший преподаватель

Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан

### **О ПРОБЛЕМАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГОВ ОРГАНИЗАЦИЙ ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

*Аннотация.* В данной статье рассматриваются проблемы подготовки кадров по адаптивной физической культуре в РК, а также возможности профессионального роста педагогов учреждений образования, работающих с детьми с различными нарушениями в развитии.

*Ключевые слова:* адаптивная физическая культура, дети с особыми образовательными потребностями, инвалид, дети с нарушениями в развитии.

## ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БЕЙІМДІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ САЛАСЫНДАҒЫ БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМДАРЫ ПЕДАГОГТАРЫНЫҢ КӘСІБИ ҚҰЗЫРЕТТІЛІГІНІҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ ТУРАЛЫ

*Аңдатпа.* Бұл мақалада ҚР-да бейімдік дене шынықтыру бойынша кадрлар даярлау мәселелері, сондай-ақ дамуында әртүрлі ауытқулары бар балалармен жұмыс істейтін білім беру мекемелері педагогтарының кәсіби өсу мүмкіндіктері қарастырылады.

*Түйінді сөздер:* бейімдік дене шынықтыру, ерекше білім беру қажеттіліктері бар балалар, мүгедек, дамуында ауытқулары бар балалар.

## ABOUT ISSUES OF PROFESSIONAL COMPETENCE OF TEACHERS OF EDUCATIONAL ORGANIZATIONS IN THE SPHERE OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

*Abstract.* This article discusses the problems of training in adaptive physical culture in the Republic of Kazakhstan, as well as the possibility of professional growth of teachers of educational institutions working with children with various developmental disabilities.

*Key words:* adaptive physical education, children with special educational needs, disabled person, children with developmental disabilities.

В Республике Казахстан исключительно важное значение придается развитию физической культуры и спорта, что подтверждается целым рядом государственных нормативно-правовых актов. В первую очередь к ним можно отнести Закон Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 228-V «О физической культуре и спорте» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 28.12.2018 г.), «Концепция развития физической культуры и спорта Республики Казахстан до 2025 года» от 11 января 2016 года № 168 и ряд других нормативных документов, направленных на улучшение физического здоровья детей, молодежи, лиц зрелого и пожилого возраста.

Об организации же занятий физической культурой и спортом инвалидов, подготовке кадров, методическом, медицинском обеспечении и врачебном контроле за занятиями физической культурой и спортом инвалидов, говорится в главе 3 статьи 19 «Адаптивная физическая культура и спорт, физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов» Закона РК «О физической культуре и спорте» [1].

Адаптивная физическая культура (АФК) является новым для Казахстана, активно развивающимся видом физической культуры в организациях здравоохранения, образования, физической культуры и спорта. Хотя впервые уже в независимом Казахстане в 1991 году была создана Ассоциация физической культуры и спорта инвалидов Республики Казахстан. Главным направлением её деятельности являлось объединение усилий различных спортивных и общественных объединений инвалидов и других организаций, заинтересованных в развитии инвалидного спорта. С этого времени в республике начинается активное развитие спорта для инвалидов, или адаптивного спорта, одного из видов АФК.

Адаптивная физическая культура – это вид физической культуры, предназначенный для лиц с отклонениями в состоянии здоровья, в том числе инвалидов. Адаптивная физическая культура направлена на реабилитацию и адаптацию таких людей к нормальной социальной среде. АФК имеет свою цель, задачи, виды, функции, принципы, средства и методы обучения, развития физических качеств и способностей, методы воспитания.

Сегодня в Казахстане АФК уделяют все большее внимание, широко развиваются основные ее виды: адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, адаптивная физическая реабилитация, адаптивная физическая рекреация, креативные телесно-ориентированные практики.

По данным Министерства труда и социальной защиты РК (2018 год), за последние 5 лет численность инвалидов в Казахстане увеличилась на 7,5%, до 674,2 тыс. человек, из них 62,0% (417,7 тыс. чел.) приходится на лиц трудоспособного возраста, 25,4% (171,3 тыс. чел.) - лица пенсионного возраста, 12,6% (85,1 тыс. чел.) - дети до 18 лет. Количество людей с ограниченными возможностями продолжает расти из года в год [2].

В настоящее время в Астане около 10 тысяч детей с особыми образовательными потребностями (ООП) состоят на учете в психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК), из них 2 151 ребенок - инвалиды.

Услуги по воспитанию и обучению детей с ООП дошкольного возраста, в том числе и в физическом воспитании (занятия ЛФК или АФК), оказывают коррекционные детские сады столицы: детский сад № 23 для детей с нарушением зрения, детский сад № 64 для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата, при 13 детских садах - № 1, 2, 15, 17, 22, 25, 32, 53, 77, 88, 89, 90, 94 - открыты 32 коррекционные группы для детей с нарушениями слуха, речи, интеллекта, задержкой психического развития. В городе функционирует специальная коррекционная школа-интернат и специальная школа-интернат. Из 85 государственных школ столицы в 74 созданы условия для инклюзивного образования. Вместе с тем дети с нарушением опорно-двигательного аппарата обучаются в школах-гимназиях № 28, 63, 65, 83, 45. Для детей, страдающих аутизмом, в школах предусмотрена специальная логопедическая и коррекционно-педагогическая поддержка психолога, также с ними работают специальные педагоги (тифлопедагог, сурдопедагог, логопед, олигофренопедагог), инструктора ЛФК и социальные специалисты. Со статусом инклюзивного образования также организован 131 специальный (коррекционный) класс в 21-й общеобразовательной школе, где получают коррекционную помощь 1 102 ребенка [3].

Адаптивная физическая культура включена обязательным предметом в инвариантный компонент с нагрузкой 3 часа в неделю, согласно приказу Министра образования и науки Республики Казахстан от 15 июля 2016 года № 453 в типовые учебные планы начального образования для учащихся с ограниченными возможностями с казахским и русским языком обучения. Это относится к неслышащим, слабослышащим, позднооглохшим, незрячим и слабовидящим, с легкой умственной отсталостью, с умеренной умственной отсталостью учащимся. Для учащихся с нарушением опорно-двигательного аппарата, с тяжелыми нарушениями речи, с задержкой психического развития предусмотрена физическая культура с нагрузкой 3 часа в неделю. Кроме этого выделены часы на лечебную физическую культуру (индивидуальные занятия) и коррекционную ритмику. Эти новшества введены в действие с 1 сентября 2017 года для 2 классов, с 1 сентября 2018 года для 3 классов, с 1 сентября 2019 года для 4 классов [4].

Расширяют свои услуги по ЛФК и АФК частные учреждения образования: детские сады и образовательные мини-центры, центры.

По всему Казахстану функционируют государственные организации по физической культуре и спорту, осуществляющие профессиональную деятельность в направлении АФК: спортивные клубы, для лиц с ограниченными возможностями; специализированные школы по спорту среди инвалидов; федерации по видам спорта; центр спортивной подготовки для лиц с ограниченными физическими возможностями; паралимпийский тренировочный центр, Национальный паралимпийский комитет Казахстана.

Спортивные секции по нескольким видам спорта для детей с ООП функционируют на базе ОО «Общество родителей детей с инвалидностью «Мир равных возможностей».

И это далеко не весь перечень организаций, осуществляющих свою деятельность в области АФК в столице и во всем Казахстане.

При всем многообразии учреждений, осуществляющих деятельность в области АФК в разных ее формах, будь то урочные занятия в детском саду или школе, физкультурные праздники, тренировочные занятия по виду спорта и другие, весьма актуальной остается проблема квалифицированных кадров (учителей, инструкторов, тренеров), имеющих соответствующие компетенции, необходимые для эффективного обучения детей с различными нарушениями в развитии.

Востребованность инструкторов АФК для детей с особыми образовательными потребностями очевидна, об этом говорит рынок труда: требуется инструктор ЛФК/АФК для детей с аутизмом (РАС), для детей с нарушениями речи, с задержкой психического развития (ЗПР) и других категорий детей, имеющих нарушения в развитии.

Несомненно, что для работы с особыми детьми должны допускаться лица, имеющие медицинское или физкультурное образование. Что же касается физкультурного образования, то одним из требований работодателей должно выступать – наличие сертификата о прохождении курсов повышения квалификации как минимум по направлению «Лечебная физическая культура», либо «Адаптивная физическая культура». Ведь педагогу родители детей с особенностями доверят самое ценное, что у них есть – своего ребенка. От педагога АФК напрямую зависит самочувствие ребенка, его физическое и психическое здоровье.

Для молодых казахстанцев, окончивших бакалавриат по специальности «Физическая культура и спорт», заинтересованных в работе с детьми с нарушениями в развитии, есть возможность получить послевузовское образование в магистратуре ВУЗов Российской Федерации по направлению «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)», для специалистов советской системы образования – пройти профессиональную переподготовку по АФК или обучение в магистратуре, также пока только в РФ.

Несомненно, возникает потребность в подготовке или переподготовке кадров нашей республики у нас на Родине, в Казахстане. Это могут быть Республиканские курсы повышения квалификации по направлению «Адаптивная физическая культура» на базе крупных государственных ВУЗов страны, или на базе АО «Национальный центр повышения квалификации «Өрлеу», с приглашением лекторов с системы здравоохранения, имеющих опыт работы с такими детьми, квалифицированных тренеров по адаптивным видам спорта, и научных кадров. Либо, напрашивается в перспективе, открытие новой специальности «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)».

Специалист, работающий с детьми с нарушениями в развитии, должен изучить: государственные нормативно-правовые законы – «О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями», «О правах ребенка в Республике Казахстан», «Об образовании», «О физической культуре и спорте» и ряд других нормативно-правовых актов, регулирующих деятельность организаций основного и дополнительного образования в сфере физической культуры и спорта по отношению к детям с особыми потребностями.

К тому же он должен обладать знаниями в теории и организации адаптивной физической культуры, анатомии, физиологии, частных методиках АФК, коррекционной педагогике, психологии, спортивной медицине и других важных дисциплинах. Знать средства и методы адаптивной физической культуры, способы организации занятий физическими упражнениями при различных нарушениях функций организма, показания и противопоказания к занятиям по адаптивной физической культуре; особенности развития детей с теми или иными нарушениями в развитии (зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, задержкой психического развития, легкими и умеренными нарушениями интеллекта) и многое другое.

Профессиональная деятельность специалиста по АФК требует не только глубоких знаний, но и наличия таких личностных качеств, как доброжелательность, терпение, толерантность, сочувствие, уважение, ответственность.

Педагог, работающий с детьми с ООП, по нашему мнению, должен быть эмоционально и психологически устойчив, обладать выдержкой, самоконтролем, уравновешенностью в характере, быть положительным примером во всем для своих подопечных.

Повышение профессионализма педагогов образовательных организаций в области адаптивной физической культуры РК зависит не только от государства, региона, руководителей на местах и т.д., но и от самого себя. «Век живи – век учись!», «Знание – сила!», речь идет о саморазвитии, самообразовании педагогов. Учебная и научная литература по «Теории и организации адаптивной физической культуры», «Частных методиках адаптивной физической культуры» и другое, сегодня в открытом доступе интернет-ресурсов. И надо отметить, что литературы в направлении АФК достаточно много. Надо только захотеть «знать больше».

### Библиографический список

1. Закон Республики Казахстан от 3 июля 2014 года № 228-V «О физической культуре и спорте» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 28.12.2018 г.),
2. <https://kontrast.enbek.gov.kz/ru/node/352353>
3. <http://astana.gov.kz/ru/news/news/3086>
4. «О внесении изменения и дополнений в приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 8 ноября 2012 года № 500 "Об утверждении типовых учебных планов начального, основного среднего, общего среднего образования Республики Казахстан"» Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 25 февраля 2014 года № 61.

УДК 378

**Сыздыкова С.Ж.**, кандидат педагогических наук  
НАО «Медицинский университет Астана»  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан  
syzdykova59@mail.ru

**Марчибаева У.С.**, кандидат педагогических наук  
Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан

### РАЗВИТИЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В КАЗАХСТАНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

***Аннотация.** В данной статье проведен анализ законов РК и правовых документов регламентирующих развитие АФК в Казахстане. Рассмотрены вопросы развития образовательных программ АФК, физкультурно-спортивная деятельность в области адаптивного спорта.*

***Ключевые слова:** нормативно-правовые законы РК, адаптивная физическая культура, адаптивный спорт, образовательные программы, физкультурные общественные организации инвалидов.*

## ҚАЗІРГІ ҚЕЗЕНДЕГІ БЕЙІМДІК ДЕНЕ ТӘРБИЕСІНІҢ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДАМУЫ

*Аңдатпа.* Бұл мақалада Қазақстан Республикасының заңдары мен Қазақстандағы БДТ-ның дамуын реттейтін құқықтық құжаттар талданады. БДТ білім беру бағдарламаларын, дене шынықтыру және бейімделік спорт саласындағы спорттық іс-шараларды дамыту мәселелері қарастырылады.

*Түйінді сөздер:* Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілері, бейімдік дене тәрбиесі, бейімдік спорт, білім беру бағдарламалары, мүгедектердің спорттық ұйымдары.

### DEVELOPMENT OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE IN THE MODERN STAGE

*Abstract.* Given article conducts the analysis of the legislature of the Republic of Kazakhstan, legal documents, which standardize the development of adapted physical culture in Kazakhstan. Furthermore, such issues as: adapted educational programs on sport activity, public organizations were considered in the article.

*Keywords:* Adapted physical culture, adapted physical education, adapted sport, Paralympics sport, Special Olympics, physical- sport organizations.

Нормативную правовую основу по внедрению адаптивной физической культуры в Республике Казахстан составляют законодательные акты, устанавливающие конституционные права человека, нормативно - правовые акты в области медико-социальной защиты лиц с ограниченными возможностями, в области образования по следующим уровням: международные, правительственные, ведомственные и региональные.

Самым значимым международным документом в области защиты прав лиц с ограниченными возможностями является «Конвенция о правах инвалидов» (принята Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в Нью-Йорке 13 декабря 2006 года), ратифицированная Республикой Казахстан в феврале 2015 года.

В соответствии с основополагающими международными документами в области прав человека законодательством Республики Казахстан предусматривается принцип равных прав на образование всех граждан, в том числе каждого ребенка страны. Нормативная правовая база развития АФК в Казахстане основана на главном постулате – обеспечение равных возможностей, для всех обучающихся по месту их проживания, обеспечивающего адаптацию образовательной среды к индивидуальным особенностям и образовательным потребностям обучающегося.

Основным законом в Республике Казахстан, регулирующим общественные отношения в области физической культуры и спорта, определяющим правовые, организационные, экономические и социальные основы обеспечения деятельности и развития массовой физической культуры, любительского и профессионального спорта в РК является Закон Республики Казахстан «**О физической культуре и спорте**» от 3 июля 2014 года № 228-V. Ряд статей закона предназначены для обеспечения равного доступа лицам с ограниченными возможностями к физической культуре, любительскому и профессиональному спорту. Законом введены такие понятия, как «**адаптивная физическая культура**», «**физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов**», а также определены механизмы вовлечения инвалидов в занятия физической культурой и спортом.

В Казахстане организация занятий физической культурой и спортом инвалидов, подготовка кадров, методическое, медицинское обеспечение и врачебный контроль за занятиями физической культурой и спортом инвалидов возлагаются на органы

образования, здравоохранения, социальной защиты населения, физической культуры и спорта.

В мировой практике движение в поддержку выделения АФК в самостоятельную дисциплину началось в 1973 году с образования Международной федерации адаптивной физической активности (IFAPA). Каждые два года IFAPA проводит Международные симпозиумы, которые значительно стимулируют развитие этой области, способствуя росту популярности исследований, развитию интеграции специалистов различных областей.

В Концепции развития физической культуры и спорта Республики Казахстан до 2025 года от 11 января 2016 года № 168 определяются долгосрочное видение развития отрасли и преемственность государственной политики. Одной из ключевых проблем отрасли остается дефицит квалифицированных кадров, в том числе в сфере спортивного менеджмента и бизнеса, а также по адаптивной физкультуре.

Реализация приоритетных целей, задач и направлений развития спорта и физической культуры в Республике Казахстан будет осуществляться на основе основных принципов, один из которых: **инклюзивность и социальная направленность государственной политики.**

Адаптивная физическая культура в республике не существует в качестве официальной профессии, но услуги предоставляются во всех областях вмешательства (образование, спорт и реабилитация) другими специалистами с опытом работы в этих направлениях (учителя физкультуры, тренеры или физиотерапевты).

В связи с реформой в образовании вузы республики получили право академической независимости. Среди физкультурных вузов республики подготовка специалистов по АФК не получила должного внимания. Существует мнение, что потребность в регионах на специалистов АФК не высокая, а также практикующие специалисты, работающие с лицами с ограниченными физическими возможностями, имеют физкультурное образование, и им необходимо повышать педагогическую квалификацию по АФК. В образовательные программы многих физкультурных вузов начали включать систему инклюзивного образования, т. е. ведется подготовка специалистов обладающих умениями и знаниями работы не только со здоровым контингентом, но и с лицами с ограниченными физическими возможностями. Например, Казахская академия туризма и спорта второй год ведет подготовку специалистов по образовательной программе «Адаптивная физическая культура», «Инклюзивное образование».

Имелся опыт подготовки специалистов АФК через специализацию в КарГУ имени Е.А. Букетова. Студенты принимали участие в проведении и организации республиканских соревнований по программе Спешл Олимпикс, имелся опыт подготовки сборных команд Спешл Олимпикс преподавателями факультета ФКиС на европейские игры в Гронингене, где команда по баскетболу заняла третье место.

Студенты ЕНУ имени Л.Н. Гумилева, специальности физическая культура и спорт изучают дисциплину «Адаптивную физическую культуру» в объеме 4 кредита. Для практической деятельности был создан волонтерский клуб, где студенты принимают участие в проведении соревнований по адаптивному спорту, оказывают помощь при транспортировке и передвижении спортсменов-инвалидов. В связи, с реформами по инклюзивному образованию многие работодатели заинтересованы в подготовке специалистов по данному направлению.

В 2000 г. Министерство науки и образования Казахстана включило проблемы теории и методики адаптивной физической культуры в паспорт специальностей научных работников «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры». На научных конференциях по проблемам физической культуры и спорта в Казахстане обсуждаются проблемы адаптивной физической культуры в республике, методики работы специалистов в области специального образования, адаптивного спорта.



В Казахстане функционируют 3 общественные организации, осуществляющие деятельность по инвалидным видам спорта: Национальный Паралимпийский комитет Казахстана, Общественное объединение «Спешиал Олимпикс», общественное объединение «Дефлимпикс», а также 13 спортивных клубов, 2 специализированные спортивные школы в Южно-Казахстанской и Карагандинской областях, 2 отделения инвалидного спорта в школе высшего спортивного мастерства стадиона «Карасай» г. Петропавловска и в областной специализированной детско-юношеской школе олимпийского резерва г. Кызылорды. Особенно активно ведется работа по инвалидному спорту в Мангистауской, Атырауской, Южно-Казахстанской, Карагандинской, Павлодарской, Костанайской, Северо-Казахстанской, Алматинской области и городах Нур-Султан и Алматы.

Впервые в истории спорта среди лиц с ограниченными физическими возможностями Постановлением Правительства Республики Казахстан № 238 от 13.03.2014 года создано Республиканское государственное казенное предприятие **«Центр спортивной подготовки для лиц с ограниченными физическими возможностями»**. В центре культивируются 11 видов спорта. Задачи центра:

1) Организация круглогодичной централизованной подготовки лиц с ограниченными физическими возможностями, проведение учебно-тренировочных и воспитательных мероприятий;

2) Обеспечения участия лиц с ограниченными физическими возможностями зачисленных в списочный состав Предприятия в международных соревнованиях согласно индивидуальным планам подготовки и календарного плана спортивных мероприятий, согласованного с уполномоченным органом;

3) Проведение медицинских, психологических, профилактических и других восстановительных мероприятий для лиц с ограниченными физическими возможностями и тренеров;

4) Обеспечение участия тренеров и методистов на курсах по повышению профессиональной квалификации как на территории Республики Казахстан, так и за рубежом;

5) Привлечение ведущих специалистов, тренеров в том числе, иностранных граждан для проведения семинаров и подготовки к официальным международным соревнованиям.

В нормативном документе «Об утверждении норм и требований для присвоения спортивных званий, разрядов и квалификационных категорий» от 28 октября 2014 года № 56 в разделе 7 «Виды спорта среди инвалидов. Спорт среди инвалидов по зрению. Паралимпийские виды спорта» прописаны условия выполнения разрядных норм и требований для спортсменов-инвалидов, занимающихся доступными видами спорта. Надо отметить огромный перечень видов спорта, которыми могут заниматься лица с ограниченными возможностями здоровья.

Высокая оценка и поощрение государства за победы спортсменов-инвалидов в соревнованиях высшего уровня закреплены в нормативном документе «Об утверждении перечня международных спортивных соревнований, размеров и правил выплат денежных поощрений чемпионам и призерам международных спортивных соревнований, тренерам и членам сборных команд Республики Казахстан по видам спорта (национальных сборных команд по видам спорта)» от 19 декабря 2014 года № 1345.

Утверждены «правила выплат пожизненного ежемесячного материального обеспечения спортсменам и тренерам, установлении их размеров и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан» от 19 декабря 2014 года № 1324. Премияльные выплаты за призовые места в Казахстане — самые высокие на Паралимпиаде-2018: за «золото» — 250 тысяч долларов, за «серебро» — 150 тысяч, за «бронзу» — 75 тысяч. Также предусмотрены денежные выплаты за 4 (30 тысяч), 5 (10 тысяч) и 6 (5 тысяч) места.

В целях привлечения инвалидов к активным занятиям физической культурой и спортом принимаются меры по комплексному решению вопросов, связанных с созданием условий доступности для них физкультурно-оздоровительных занятий и спортивных сооружений, развития нормативно-правовой базы.

По информации управлений физической культуры и спорта областей и городов Нур-Султана и Алматы количество спортивных зданий и сооружений составляет 29 087 (на селе 19 856) единиц, из них 19 204 (на селе 13 237) единиц доступных для людей с ограниченными возможностями. Доля объектов физической культуры и спорта, адаптированных для различных категорий инвалидов составляет 68,3%.

В 2017 году проведено по линии Министерства культуры и спорта Республики Казахстан 36 республиканских соревнований и обеспечено участие 37 международных спортивных соревнований с участием порядка 3000 спортсменов-инвалидов.

С периодичностью 1 раз в 4 года в 3 этапа (район, область, республика) проводятся Спартакиады спортсменов-инвалидов, Паралимпийские игры, с участием спортсменов из всех регионов Казахстана.

В 2017 году согласно информации управлений физической культуры и спорта областей, городов Астаны и Алматы проведено: 894 районных, областных и республиканских спортивных мероприятий (878 в 2016 году), в том числе 628 районных, 180 областных, 86 республиканских, а также 72 городских спортивных мероприятия прошли в городах Астана и Алматы, с участием 25 000 лиц с ограниченными физическими возможностями.

В августе 2018 года в г. Актобе проведена II Спартакиада Республики Казахстан среди спортсменов с нарушением слуха, по 10 видам спорта.

По итогам 2018 года в стране количество инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и зрения **285 300 человек**, из них систематически занимаются физической культурой и спортом 31 952 человек или 11,2 от общего числа лиц данной категории

В целях привлечения инвалидов к активным занятиям физической культурой и спортом принимаются государственные меры по комплексному решению вопросов, связанных с созданием условий доступности для них физкультурно-оздоровительных занятий и спортивных сооружений, развития нормативно-правовой базы.

### **Библиографический список**

1. Озолина Е.В, Дмитриев В.С., Рубцова Н.О. Адаптивная физическая активность как новая дисциплина в семействе спортивных наук //Теория и практика физической культуры. - 1999, № 5. - С. 21-26.

2. Концепция развития физической культуры и спорта Республики Казахстан до 2025 года, от 11 января 2016 года, №168.

УДК 376

**Процюк О.А.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан  
oksana.protsyuk@yandex.ru

**Белькович В.Н.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан  
oksana.protsyuk@yandex.ru

**Козлова Л.И.**, старший преподаватель

Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан  
lubasha0904@mail.ru

## ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ В СФЕРЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И АДАПТИВНОГО СПОРТА

*Аннотация.* В данной статье рассматриваются проблемы, связанные с особенностями и развитием адаптивной физической культуры в Казахстане. Совершенствование системы государственного регулирования сферы физкультурно-спортивных услуг для людей с особенностями физического и психического развития. Также в работе говорится о необходимости повышению инвестиционной привлекательности адаптивной физической культуры и спорта, поиска эффективных источников финансирования этой сферы, государственного управления адаптивной физической культурой и спортом с направленностью на разрешение противоречий между возрастающими потребностями общества.

*Ключевые слова:* государственное регулирование, адаптивная физическая культура, повышение качества здоровья, социальная полноценность.

## БЕЙІМДІ ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ЖӘНЕ БЕЙІМДЕЛГЕН СПОРТ САЛАСЫНДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ РЕТТЕУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

*Аңдатпа.* Бұл мақалада Қазақстандағы бейімдік дене тәрбиесінің ерекшеліктері мен дамуына байланысты мәселелер қарастырылады. Дене және психикалық даму ерекшеліктері бар адамдарға арналған дене шынықтыру-спорт қызметтері саласын мемлекеттік реттеу жүйесін жетілдіру қарастырылған. Сондай-ақ аталған жұмыста бейімдік дене шынықтыру мен спорт саласының инвестициялық тартымдылығын арттыру, осы саланы қаржыландырудың тиімді көздерін іздеу, бейімдік дене шынықтыру мен спортты мемлекеттік басқару қажеттігі туралы сөз қозғалды.

*Түйінді сөздер:* мемлекеттік реттеу, бейімдік дене шынықтыру, денсаулық сапасын арттыру, әлеуметтік толыққандылық.

## PROBLEMS OF SOCIO-ECONOMIC REGULATION IN THE FIELD OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND ADAPTIVE SPORTS

*Abstract.* This article discusses the problems associated with the features and development of adaptive physical culture in Kazakhstan. Improving the system of state regulation of sports and sports services for people with physical and mental development. Also, the paper speaks about the need to increase the investment attractiveness of adaptive physical culture and sports, the search for effective sources of financing in this area, the state management of adaptive physical culture and sports with a focus on resolving contradictions between the growing needs of society.

*Keywords:* State regulation, adaptive physical culture, improving the quality of health, social usefulness.

Социальная политика общества по отношению к тем лицам, которые имеют нарушения в физической, сенсорной или психической сфере и отличаются от общепринятых норм и моделей во взаимодействии с окружающими, может принимать и реально принимает различные формы, тесно связанные с ценностями культуры данного общества [1].

Личностно-ориентированная гуманистическая концепция отношения к лицам с ограниченными возможностями формируется во второй половине XX столетия.

Данная концепция ориентируется на такие гуманистические ценности, как признание самоценности личности человека с ограниченными возможностями и приоритет интересов личности над интересами общества. Ставятся задачи и помочь инвалиду бороться с недугами, и главное – предоставить ему равные возможности полноценного участия во всех сферах жизни и видах социальной активности. Общество должно направлять свои усилия на изменение не только людей с ограниченными возможностями, но и тех негативных социальных условий, которые создают проблемы для этих людей, на устранение негативных установок по отношению к ним, рутинных правил и т. д. [3, с.101].

Совершенствование системы государственного регулирования сферы физкультурно-спортивных услуг как составляющей стратегического развития страны и ее регионов является важной, актуальной научной и практической проблемой современного развития экономики и социальной сферы Республики Казахстан.

Вопросы социально-экономического регулирования в сфере адаптивной физической культуры и адаптивного спорта представляют собой самостоятельную теоретическую и практическую проблему.

Одно из основных положений теории развития человеческого потенциала – равенство, при котором все люди изначально должны иметь равные возможности.

Исходя из этого постулата, следует, что лицам с ограниченными возможностями здоровья должны быть предоставлены услуги в сфере физической культуры и спорта как минимум такие же, как и людям здоровым, для максимального развития своего человеческого потенциала.

Вместе с тем, учитывая особенности различных категорий инвалидов, необходимо разрабатывать и систему предоставления специальных услуг в этой области деятельности.

Необходима модернизация государственного управления адаптивной физической культурой и спортом с направленностью на разрешение противоречий между возрастающими потребностями общества в повышении качества здоровья всех его членов, росте их жизненного оптимизма, выработке мотиваций на здоровый образ жизни, с одной стороны, и недостаточным уровнем развития системы предоставления физкультурно-спортивных услуг для людей с ограниченными возможностями здоровья, с другой.

Новая парадигма развития в сфере физкультурно-спортивных услуг требует установления общественно значимых целей, формирования экономической оценки и критериев развития адаптивного физкультурно-спортивного движения, мотивации людей с инвалидностью к занятиям физической культурой и спортом наряду с мотивацией качественного труда работников названной сферы, новых подходов к экономическому регулированию предоставления физкультурно-спортивных услуг, повышению инвестиционной привлекательности адаптивной физической культуры и спорта, поиска эффективных источников финансирования этой сферы [2. С. 527-528].

Мировой опыт и деятельность физкультурно-спортивных организаций инвалидов убедительно показывают, что адаптивная физическая культура и спорт являются наиболее действенным средством физической, социальной и психологической реабилитации инвалидов, их интеграции в современное общество.

Систематические занятия физической культурой и спортом не только повышают адаптацию инвалидов к изменяющимся жизненным условиям, расширяют их функциональные возможности, помогая оздоровлению организма, но и способствуют выработке координации в деятельности опорно-двигательного аппарата и всех систем организма в целом, благоприятно воздействуют на психику инвалидов, мобилизуют их волю, возвращают людям чувство социальной полноценности.

Процессы демократизации любого общества вызывают повышенное внимание к наиболее уязвимым слоям населения. Всеобщее распространение имеет точка зрения, согласно которой забота общества о своих согражданах-инвалидах является мерилем его

культурного и социального развития.

В резолюции ООН, принятой 9 декабря 1975 г., довольно обстоятельно изложены не только права инвалидов, но и те условия, которые должны им создаваться государственными и общественными структурами. К этим условиям относятся условия среды занятости, в т. ч. мотивации со стороны общества, обеспечение медицинского обслуживания, психологическая адаптация и создание социальных условий, включая индивидуальный транспорт, а также методическое, техническое и профессиональное обеспечение.

По данным Всемирной организации здравоохранения инвалиды составляют около 10 % населения земного шара.

В Концепции развития физической культуры и спорта Республики Казахстан до 2025 года особое внимание отведено физической реабилитации и социальной адаптации инвалидов средствами физической культуры и спорта. Среди основных целей и задач на первом месте стоит создание инвалидам условий для занятий физической культурой и спортом, формирование у них потребности в этих занятиях.

Активизация работы с инвалидами в области физической культуры и спорта, несомненно, способствует гуманизации самого общества, изменению его отношения к этой группе населения, и тем самым имеет большое социальное значение.

### **Библиографический список**

1. Башкирова М. М. Проблемы спортивной активности среди инвалидов. // Спорт для всех. 2007. № 1-2
2. Евсеев С. П. Проблемы развития адаптивного спорта / С. П. Евсеев // Человек в мире спорта: Новые идеи, технологии, перспективы: Тез. докл. Междунар. конгр. – М., 1998. – Т. 2. – С. 527-528.
3. Исаков Э. Развитие адаптивного спорта: организация, экономика, управление. Практикум / Э. Исаков. – М.: Издательское ПИАР-агентство М-ОСТ, 2010. – 148 с.

УДК 378.6.02:796.11

**Соловьева Н.А.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет им. Л.Н.Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан  
nataliya\_s66@mail.ru

**Назаркина О.Н.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет им. Л.Н.Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан  
Nazarkina\_o.n@mail.ru

### **АДАПТИВНЫЙ СПОРТ КАК ВИД АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ**

***Аннотация.** В данной статье рассматривается понятие адаптивного спорта, его история в мире и нашей стране. Эта работа раскрывает цель адаптивного спорта, которая заключается в формировании спортивной культуры инвалида, приобщении его к общественно-историческому опыту в данной сфере, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей физической культуры.*

***Ключевые слова:** адаптивная физическая культура, адаптивный спорт, специальные Олимпийские игры, паралимпиада, социальная адаптация.*

## БЕЙІМДІК СПОРТ - БЕЙІМДІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ТҮРІ РЕТІНДЕ

*Андапта.* Бұл мақалада бейімдік спорт ұғымы, оның әлемдегі және еліміздегі тарихы қарастырылады. Бұл жұмыс мүгедектігі бар жандардың спорттық мәдениетін қалыптастыру, оны осы саладағы қоғамдық-тарихи тәжірибеге тарту, дене шынықтырудың жұмылдыру, технологиялық, интеллектуалдық және басқа да құндылықтарын игеру болып табылатын бейімдік спортының мақсатын ашады.

*Түйін сөздер:* бейімдік дене шынықтыру, бейімдік спорт, арнайы Олимпиада ойындары, паралимпиада, әлеуметтік бейімделу.

## ADAPTIVE SPORTS AS A FORM OF ADAPTIVE PHYSICAL EDUCATION

*Abstract.* This article discusses the concept of adaptive sports, its history in the world and in our country. This work reveals the goal of adaptive sports, which consists in the formation of a sports culture of a disabled person, introducing him to the socio-historical experience in this area, the development of mobilization, technological, intellectual and other values of physical culture.

*Keywords:* adaptive physical education, adaptive sports, special Olympic games, paralympics, social adaptation.

Адаптивное физическое воспитание (образование) – компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности индивида с отклонениями в состоянии здоровья в его подготовке к жизни, бытовой и трудовой деятельности; в формировании положительного и активного отношения к адаптивной физической культуре.

В процессе занятий адаптивным физическим воспитанием у людей с отклонениями в состоянии здоровья формируются комплекс специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков; развиваются основные физические и психические качества; повышаются функциональные возможности различных органов и систем.

Основная цель адаптивного физического воспитания состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам, твердой уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и в осуществлении здорового образа жизни.

В процессе адаптивного физического воспитания, которое должно начинаться с момента рождения ребенка или с момента обнаружения той или иной патологии, первостепенное внимание уделяется задачам коррекции основного дефекта, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, выработке компенсаторных механизмов осуществления жизнедеятельности, если коррекция не удается, профилактической работе.

В процессе занятий физическими упражнениями происходит умственное, нравственное, эстетическое, трудовое и другие виды воспитания.

Очень важен этот компонент адаптивной физической культуры и в случае приобретенной патологии или инвалидности, когда человеку приходится заново обучаться жизненно и профессионально важным умениям и навыкам (ходьбе на протезах, пространственной ориентации в случае потери зрения и т.п.)

**Адаптивный спорт** – компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности личности в самоактуализации, в максимально возможной самореализации своих способностей, сопоставлении их со способностями других людей; потребности в коммуникативной деятельности и вообще в социализации.

При многих заболеваниях и видах инвалидности адаптивный спорт является практически единственной возможностью удовлетворения одной из главнейших потребностей человека – потребности в самоактуализации, поскольку профессионально-трудовая, общественно-политическая и другие виды деятельности оказываются недоступными.

Содержание адаптивного спорта (как базового, так и высших достижений) направлено прежде всего на формирование у инвалидов (особенно талантливой молодежи) высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах в состязаниях с людьми, имеющих аналогичные проблемы со здоровьем.

Основу адаптивного спорта составляет соревновательная деятельность и целенаправленная подготовка к ней, достижение максимальных адаптационно-компенсаторных возможностей на доступном биологическом уровне, совершенствование индивидуальной спортивной техники за счет сохранных функций. Подготовка к соревнованиям рассматривается как врачебно-педагогический процесс, где в оптимальном соотношении задействованы лечебные и педагогические средства, обеспечивающие реализацию физического, интеллектуального, эмоционально-психического потенциала спортсмена-инвалида, удовлетворяющие эстетические, этические, духовные потребности, стремление к физическому совершенствованию.

Адаптивный спорт в настоящее время развивается преимущественно в рамках крупнейших международных паралимпийского, специального олимпийского и сурдоолимпийского движений.

Основная цель адаптивного спорта заключается в формировании спортивной культуры инвалида, приобщении его к общественно-историческому опыту в данной сфере, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей физической культуры.

Развитию теоретических, образовательных и правовых основ адаптивной физической культуры способствует международное спортивное движение лиц с ограниченными физическими возможностями, которое существует более 100 лет и приобретает все более широкий характер (в настоящее время в мире существует 78 международных спортивных и 30 олимпийских организаций для инвалидов).

Крупными из них являются: Международная организация глухих (CISS), Международная ассоциация спорта и отдыха лиц с последствиями детского церебрального паралича (CPISRA), Международная ассоциация спорта слепых (IBSA), Международная организация спорта лиц с недостатками умственного развития (INAS - FMN), Международная федерация Сток-Мэндевилльских игр, Международная федерация спорта на коляске (ISMWSF). Сбором и выделением средств на спортивные мероприятия для людей с физическими недостатками занимается МСФИ. В конце XX столетия с целью развития новых видов спорта для привлечения ещё большего количества людей с физическими недостатками была создана Международная организация рекреационного спорта, развития и стимуляции инвалидов.

Что касается социально-правовых аспектов, организационных структур развития спорта инвалидов и физкультурно-оздоровительных программ для них, то в разных странах они различны: многое зависит от социально-экономического уровня развития каждой конкретной страны.

Одним из наиболее гуманных направлений в развитии современного спорта является направление Special Olympics International, зародившееся по инициативе Юнис Кеннеди Шрайвер. Основная цель Специальной Олимпиады помочь людям с отклонениями в умственном развитии стать полноправными членами общества путем предоставления им равных возможностей для демонстрации своих навыков и талантов в условиях спортивных соревнований и путем информирования общественности об их возможностях и потребностях. Официальная регистрация Special Olympics International –

состоялась в декабре 1968 года и сейчас охватывает свыше 1 млн. специальных атлетов из 162 государств мира.

Первый опыт показал, что людям, имеющим умственную отсталость, занятия физическими упражнениями приносят огромное удовольствие и очень сильный эмоциональный заряд бодрости. Официальные занятия показали, что физические возможности лиц с нарушением интеллекта безграничны. Это позволяет сделать вывод, что спорт стимулирует развитие личностных качеств, которые приводят к освоению высоких спортивных результатов людьми с умственной отсталостью. Адаптивный спорт для лиц с умственной отсталостью – это не только путь к физическому совершенствованию, сколько эффективнейшее направление их социализации, интеграции в общество здоровых людей, повышения уровня качества жизни. Начиная, с 1964 года по всей Америке организуются сотни частных организаций, которые открывают лагеря по спортивной программе для лиц с нарушением интеллекта. Эти программы финансируются из специально созданного фонда «Фандейшн Кеннеди». Такие спортивные лагеря действуют в Америке, и по сей день. Летом 1966 года Юнис Кеннеди Шрайвер организовала проведение ряда семинаров по всей территории США с целью научить тренеров разрабатывать специальные программы тренировок для людей с умственной отсталостью.

В истории Special Olympics можно выделить два крупных этапа развития: доолимпийский (с декабря 1968 г. по февраль 1988 г.) и олимпийский (февраль 1988 г.). На первом этапе развития в США и Канаде были разработаны местные программы спортивной подготовки и соревнований спортсменов с умственной отсталостью, накоплен значительный опыт проведения, как местных, так и международных соревнований, создана атрибутика движения.

В феврале 1988 году на XV зимних Олимпийских играх в Калгари президент Международного олимпийского комитета (МОК) Хуан Антонио Самаранч подписал историческое соглашение с Сарджент Шрайвер и Юнис Кеннеди Шрайвер, в котором МОК официально признал Special Olympics. С этого исторического соглашения начался олимпийский этап истории Special Olympics.

Special Olympics International неуклонно расширяет свое влияние в научно-методической и образовательной деятельности не только в США и Канаде, но и в вузах Восточной Европы и СНГ.

В сентябре 1999 г. под руководством Special Olympics International в Варшаве прошёл обучающий семинар «Адаптивное специальное образование и спорт» для преподавателей университетов стран Евразии, где приняли участие преподаватели академий физической культуры Болгарии, России (РГАФКа, Санкт-Петербургской, Волгоградской, Кубанской, Смоленской, Омской академий физической культуры и спорта), преподаватели из физкультурных ВУЗов Белоруссии, Украины, Молдовы, Прибалтики и Казахстана (Алматы, Караганда), которая придала ускорение развитию образовательных программ по рассматриваемой специальности в России и Казахстане.

Общественной формой управления физической культурой и спорта инвалидов является деятельность ассоциаций, федераций и спортивных общественных движений, образованных по нозологическому принципу: с дефектами органов зрения, слуха, поражениями опорно-двигательного аппарата, с нарушениями интеллекта.

В 1991 году была создана Ассоциация физической культуры и спорта инвалидов Казахстана, (председатель – Алевтина Фукс). Основным направлением деятельности Ассоциации стало развитие инвалидного спорта в стране, представление интересов Казахстана на международной арене.

Также были организованы Союз слепых спортсменов Казахстана (Председатель – Мейрбек Нусипбаев) и Спортивный Союз глухих, которые стали проводить соревнования со своей категорией спортсменов-инвалидов.



В 1992 году была проведена 1 республиканская Спартакиада инвалидов, в которой приняло участие около 500 спортсменов страны.

В 1993 году команда Казахстана впервые приняла участие в Сток-Мандевильских Играх (неофициальный чемпионат мира для инвалидов в колясках), где впервые завоевали бронзовую медаль (Штоль Леонид – пауэрлифтинг). В 1995 году урожаем медалей был более весомым: 1 золото, 2 серебра и 2 бронзы, впервые в честь наших спортсменов прозвучал гимн и был поднят флаг Казахстана.

Успешно на международных соревнованиях выступала сборная команда Казахстана по сидячему волейболу, которая в 1992 году стала чемпионом СНГ, двукратным чемпионом Азии в 1994 и 1998 гг. Сборную СНГ и сборную Казахстана долгое время тренировал заслуженный тренер СССР Сауранбаев Ж.Н., под его руководством сборная Казахстана заняла 8 место на Паралимпийских играх в Атланте в 1996 году, на чемпионате мира в 1998 году также заняли 8 место.

Получили признание и другие спортсмены-инвалиды нашей страны: по пауэрлифтингу – Колодюк Анатолий (Экибастуз), за вклад в развитие пауэрлифтинга и высокие спортивные результаты награжден специальной медалью Президента Международного Паралимпийского Комитета; в гонках на колясках – Тетюхин Евгений, объездивший практически весь мир, прекрасно владеет английским языком и в свои 62 года принял участие в Паралимпийских Играх 2004 года в Афинах. Муравьев Павел (Алматы) – абсолютный чемпион и рекордсмен Казахстана по плаванию, Чемпион СССР 1980 года.

Большое внимание вопросам развития физической культуры и спорта среди инвалидов уделяет Агентство по делам спорта и физической культуры. Им оказывается финансовая поддержка по проведению чемпионатов страны, республиканских Спартакиад, Паралимпийских игр среди всех категорий инвалидов. Также оказывается помощь и поддержка в участии сборных команд Казахстана по инвалидному спорту в международных соревнованиях (финансирование, экипировка делегации). Только на протяжении последних 5 лет около 20 спортсменов-инвалидов выполнили норматив «Мастер спорта международного класса», более 30 – норматив «Мастера спорта Республики Казахстан».

Ежегодно в Казахстане проводится более 40 чемпионатов страны по видам спорта среди всех категорий инвалидов, 1 раз в 4 года проводится республиканская Спартакиада и Паралимпийские игры спортсменов-инвалидов.

В 2003 году был образован Паралимпийский комитет Казахстана, который является координирующим органом спортивных организаций страны и представляет интересы спортсменов-инвалидов Казахстана на международной арене.

Надо признать, что проблемы физической реабилитации и социальной интеграции инвалидов средствами физической культуры и спорта решается медленно. Основными причинами слабого развития физической культуры и спорта среди инвалидов является практическое отсутствие специализированных физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружений, недостаток оборудования и инвентаря, неразвитость сети физкультурно-спортивных клубов, детско-юношеских спортивных школ и отделений для инвалидов во всех типах учреждений дополнительного образования физкультурно-спортивной направленности. Ощущается нехватка профессиональных кадров. Не выражена в достаточной степени потребность в физическом совершенствовании у самих инвалидов, что связано с отсутствием специализированной пропаганды, подвигающей их к занятиям физической культурой и спортом.

Активизация работы с инвалидами в области физической культуры и спорта, несомненно, способствует гуманизации самого общества, изменению его отношения к этой группе населения, и тем самым имеет большое социальное значение.

## Библиографический список

1. Декларация о Правах Инвалидов. Принята резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи ООН 9 декабря 1975г.//Официальные отчеты – Тридцатая сессия. - Дополнение №34 (A/10034).
2. Сыздыкова С.Ж. Адаптивная физическая культура в Казахстане: Реалии и пути развития //Теория и методика физической культуры. - 2001, №1.- С. 16-19.
3. Сыздыкова С.Ж., Сафронов Д.В., Глухов С.И. Проблемы адаптивной физической культуры в Казахстане //Свободное время молодежи: Спорт и досуг: Материалы респуб. науч.- практ. конф. - Караганда, 2000. - С. 134-137.
4. Нечаева Н.В., Сыромолотов Ю.С. Физическая культура и спорт для инвалидов //Теория и практика физической культуры. -1988, №11. - С. 58-60.
5. Самылычев А.С., Сладкова Н.А. Движение «Специальные Олимпийские игры для инвалидов» //Дефектология. – 1994, №4. - С. 60-61.
6. Рекутина Н.В. Special Olympics в контексте гуманизации олимпийского движения. //Проблемы и перспективы деятельности региональных центров Специальной Олимпиады России: Материалы. межд. науч. практ. конф. - Омск: СибГАФК, 2001. - С. 16-17.

УДК 378

**Tumanova B.**, Assoc. prof., PhD  
Sport Department, Sofia University «St. Kliment Ohridski»  
Bulgaria  
b\_tumanova@yahoo.com  
**Ivanov E.**, inspector of training and sports activities  
Sport Department, Sofia University «St. Kliment Ohridski»  
Bulgaria  
emadaenator@gmail.com

### DEVELOPMENT OF SPEECH OLYMPICS BULGARIA SINCE 2003 TO THE PRESENT DAY

**Abstract.** The article examines the role and mission of Special Olympics organization in Bulgaria. It is tracing the history timeline of the participation at World summer and winter games, as well as the achieved successes.

**Key words:** Special Olympics, Bulgaria, World games.

Sport is the first global social space in the development of the human society and like any social phenomenon develops in line with the growing needs of the social practice [3]. For the people with various disabilities the realization in sport carry out the global European aimed at enhancing the quality of life. The adapted physical activity's (APA) focus are the individuals with special educational needs and aims to stimulate positive reactions in the system and functions of the body, thus forming physical qualities, skills, coordination and improvement of the adaptive skills of the individual. The health-related issues, adapted physical activity, social rehabilitation and integration of people with disabilities are becoming increasingly relevant and engage a growing contingent of people [2]. The participation of people with intellectual disabilities in adapted motion activities, develops in the framework of the "Special Olympics" respectively in „Special Olympics International” (SOI), founded in 1968 by Eunice Kennedy Shriver and officially recognized by the International Olympic Committee (IOC) in 1988. The goal of SO is focused on helping people with intellectual disabilities as well as the provision of opportunities for the development and demonstration of skills and talents through sport and

competition, and targeting of the social consciousness at their abilities and needs [6]. Since its origin and during its development, the Special Olympics Bulgaria has undergone a number of organizational changes, in methodical and practical, applied practice, sport-technical and financial terms. In the current state (since the recovery of Special Olympics Bulgaria 2003 to today), noticeable are the smooth development and increase of the number of participants (athletes and volunteers) in it. The goal is aimed at providing better life, equal opportunities and guaranteeing their human rights.

*Volunteering:* Thousands of people take part in the various activities related to organizing and conducting Special Olympics by performing representative, administrative or voluntary functions. This highly humane work helps a lot the international sport organizations, federations and committees. Volunteering has inestimable value both as human society policy to persons with disabilities, as well as civil position and high morals of the society [4]. Volunteering in such sport events is one of the best ways learn how to be an active, valuable and responsible citizen of the society [5]. The work of the volunteer for Special Olympics Bulgaria aims:

- ✓ to ensure the successful preparation and participation of the athletes at the World Games;
- ✓ to mobilize public, institutional and financial support;
- ✓ to focus the public to the achievements of the athletes;
- ✓ to broaden the number of fans supporting the mission of Special Olympics Bulgaria and
- ✓ to include more people with intellectual disabilities through sport.

Initially, the Special Olympics (SO) – Bulgaria is founded in 1993 (for persons with intellectual disabilities), for region Europe Euroasia. After its restoration in 2003, under the leadership of Prof. Svetoslav Ivanov, the organization is built on a territorial principle, thus developing the sport for this group of people at regional, national and international level. Special Olympic Bulgaria actively organizes educational and training-sports programs, seminars and competitions [1].

The Special Olympics' program in Bulgaria also actively assists sports activities and competitions. Today there are regular summer and winter games and tournaments in various sports:

*Summer sports:* swimming, athletics, soccer, badminton, bocce, tennis, table tennis, dodgeball, basketball, gymnastics, bowling, rowing, sailing.

*Winter sports:* Alpine skiing, speed skating, snowmobiling .

*Current participants:*

- More than 3 000 athletes with intellectual disabilities aged 8 to 37 years;
- Assisting partners - 500 young people without intellectual disabilities aged 8 to 27 years;
- over 200 coaches;
- 150 volunteers;
- 23 counties in the the country;
- 50 schools for children with special needs;
- 19 Resource Centers;
- 57 integrated educational schools;
- 15 institutions for adults with mental

*Competitions:*

- Over 150 at municipal, school and institutional level;
- 60 at regional level;
- 25 national in one sport;
- 3 national in multiple sports;
- 23 international in one sport;
- 9 international in multiple sports.

Bulgaria participates and achieves successes at world summer and winter games since 2003 and constantly increases its collection of gold, silver and bronze medals (table 1):

*Table 1: Special Olympic Bulgaria participation in World Games*

<i>World Games</i>	<i>year</i>	<i>type</i>	<i>Number of athletes</i>	<i>Number of sports</i>	<i>Counties represented</i>	<i>Number of medals</i>
Dublin	2003	summer	6	2	3	4
Nagano	2005	winter	2	1	1	5
Shanghai	2007	summer	9	4	8	10
Idaho	2009	winter	4	1	4	6
Athina	2011	summer	16	6	16	20
Piong Chang	2013	winter	6	2	5	12
Los Angeles	2015	summer	23	10	17	29
Austria	2017	winter	8	3	4	9
Abu Dhabi	2019	summer	18	7	8	19

### **Conclusions:**

- It is necessary to seek a change in the attitude of society by creating the prerequisites for training of volunteers in the this field and convincing them that people with intellectual disabilities can, with the help of proper instructions and support to learn to enjoy and receive satisfaction from participation in individual and team sports.
- To further search the help and support of the different sports federations in Bulgaria in order to ensure integration between them and the sport organizations for people with special needs.
- Sports clubs to accept as members and people with disabilities.
- Special Olympic Bulgaria to hold year-round sports training and competition programs in different Olympic sports.

### **Literature**

1. Denev, S; B. Tumanova; N. Panayotov. Historical development of the Special Olympics program in Bulgaria. Book “ Kinesiology 2007” ISBN 1313-244X, Publishing house I&B Ltd, Veliko Tarnovo. 2008. Pp. 246-249.
2. Demirdzhi, P. The impact of physical education and sport activities on the fitness level of children with special educational needs. Dissertation, NSA, Sofia, 2019.
3. Tsonev, S. The profession of sports coach in civil society. NK of NSA, 2001.
4. Tsonev, S. The Olympic idea and people with disabilities. In Scientific Forum: Educational and scientific integration in sport and through sport. NSA, Sofia, Bins Бинс Publishing house, 2005
5. Hristova, P (2019). Sofia University "St. Kliment Ohridski" students' experience in volunteering and opportunities for its promotion. Knowledge-International Journal, Vol. 30/2, pp. 503-507, Skopje.
6. Special Olympics International. Official General Rules, Message from the SOI, 2004.

**Тажигулова Б.М.**, педагогика ғылымдарының кандидаты  
Л.Н.Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті  
Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы

## **ПАРАЛИМПИАДАЛЫҚ ҚОЗГАЛЫС-БЕЙІМДІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ЖӘНЕ СПОРТТЫҢ НЕГІЗІ РЕТІНДЕ**

***Аңдатпа.** Бұл мақалада мүмкіндігі шектеулі адамдардың өміріндегі паралимпиадалық қозғалыстың рөлі, маңызы, орны және қысқаша тарихы қарастырылады.*

***Түйін сөздер:** паралимпиадалық қозғалыс, бейімдік дене шынықтыру және спорт.*

## **PARALYMPIC MOVEMENT AS THE BASIS OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE AND SPORT**

***Abstract.** This article discusses the role, importance, place and history of the Paralympic movement in the world and Kazakhstan in the lives of people with disabilities.*

***Keywords:** paralympic movement, adaptive physical culture and sport.*

## **ПАРАЛИМПИЙСКОЕ ДВИЖЕНИЕ КАК ОСНОВА АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА**

***Аннотация.** В данной статье рассматриваются краткая история и роль, значение, место паралимпийского движения в жизни людей с ограниченными возможностями.*

***Ключевые слова:** паралимпийское движение, адаптивная физическая культура и спорт.*

Мемлекеттің ең ұзақ мерзімді «Қазақстан-2030» даму стратегиясының приоритеттерінің бірі «Қазақстан халқының денсаулығы, білім алуы мен жағдайы» болып табылады. Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы – жоғары бағалы құндылық және ұлттың өркендеп, өсуі ең бірінші кезекте тұруы қажет.

Мүгедектіктің санының өсуі-әлемдік үрдіс. Жалпы әлемде 650 миллион ресми тіркелген мүгедектер бар. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының деректері бойынша мүгедектер Жер шарының шамамен 10% - ын құрайды.

Соңғы 5 жылда Қазақстан Республикасында мүгедектер саны 7,5% - ға, 674,2 мың адамға дейін өсті.

Статистика бойынша, халықтың мүгедектігінің негізгі себептері қан айналымы жүйесінің аурулары, онкологиялық аурулар мен жол апаттарындағы түрлі жарақаттар болып табылады.

Бейімдік дене шынықтыру және спорт – мүгедектерді оңалтуға және қалыпты әлеуметтік ортаға бейімдеуге, олардың толыққанды өмірді сезінуіне кедергі келтіретін психологиялық тосқауылдарды еңсеруіне, сондай-ақ қоғамның әлеуметтік дамуына өзінің жеке үлес қосуының қажеттігін сезінуіне бағытталған спорттық-сауықтыру сипатындағы шаралар кешені. Бейімді дене шынықтырудың негізгі бағыты- адам ағзасы мен тұлғасына әсер етудің биологиялық және әлеуметтік факторлары ретінде қозғалыс белсенділігін қалыптастыру болып табылады. Бұл құбылыстың мәнін тану-бейімдік дене тәрбиесінің әдіснамалық негізі [1].

Физикалық немесе психикалық денсаулық ауытқулары бар адамдарда бейімделу дене шынықтыру келесі жағдайларды қалыптастырады:

сау адамның күштерімен салыстырғанда өз күштеріне саналы көзқарас;  
толық өмір сүруге кедергі жасайтын тек қана физикалық емес, психологиялық кедергілерді жену қабілеті;

компенсаторлық дағдылар, яғни жоқ немесе бұзылған жүйелердің орнына әртүрлі жүйелер мен органдардың функцияларын пайдалануға мүмкіндік береді;

қоғамда толыққанды жұмыс істеу үшін қажетті дене жүктемелерін еңсеру қабілеті;

мүмкін болса, дені сау болу және салауатты өмір салтын ұстану қажет;

қоғам өміріне өзінің жеке салымының қажеттілігін ұғыну;

өзінің жеке қасиеттерін жақсарту ниеті [2].

Паралимпиадалық қозғалыс-әлеуметтік қозғалыс нысаны. Оның мақсаты - паралимпиадалық спортты, яғни дене оңалту, әлеуметтік бейімдеу және тірек-қимыл аппараты функцияларының мүмкіндіктері шектеулі адамдарды біріктіру, көру және ақыл-ойы, олардың дене және рухани жетілуіне қол жеткізу, халықаралық спорттық ынтымақтастықты нығайту болып табылады.

Мүмкіндігі шектеулі спортшылардың жарыстарына қатысты «Паралимпиада» термині 1988 жылы ресми түрде қабылданды. Бұл атау грекше «para» («жақын» немесе «жанында») сөзінен және «Олимпия» сөздерінен шыққан. Паралимпиадалық қозғалыстардың пайда болу тарихын қарастыратын болсақ, 1888 жылы Берлинде саңыраулар үшін алғашқы спорттық клуб құрылды. 1924 жылы Парижде алғаш рет "саңырауларға арналған Олимпиада ойындары" өткізілді, оның бағдарламасы жеңіл атлетика, велоспорт, футбол, ату және жүзу бойынша жарыстарды қамтыды. Алайда, бүгін паралимпиадалық қозғалыс ретінде белгілі мүгедектер үшін дүниежүзілік спорт қозғалысының дамуы 1945 жылы ғана басталды

Паралимпиадалық қозғалыстың негізін қалаушы атақты нейрохирург Людвиг Гуттман (Ludwig Guttman), Германияда туған және 1939 жылы Англияға көшіп келген. 1944 жылы ол Ұлыбритания үкіметінің тапсырмасы бойынша Сток-Мандевиль шағын қалашығының ауруханасындағы жұлын жарақатының орталығын ашты және басқарды. Гуттман Екінші дүниежүзілік соғыстың ұрыстарында жараланған көптеген сарбаздарға қалыпты өмірге оралуға көмектесті.

Уақыт өте келе, соғыс ардагерлерін дене шынықтырудың қосымша процедуралары ретінде басталған спорттық қозғалысқа айналды, онда спортшылардың физикалық мүмкіндіктері орталық орынға ие болды. Профессор Людвиг Гуттман жұлын жарақаттары бар науқастарды оңалту Сток-Мандевиль орталығының директоры және тірек-қимыл аппараты зақымданған мүгедектерді Британдық Халықаралық емдеу ұйымының президенті болды.

1948 ж. Сток-Мандевилде Людвиг Гуттман арбадағы спортшылар арасында садақ атудан жарыс өткізді. Сол уақытта Лондонда Олимпиада ойындары ашылды.

1952 жылы Гуттман кезекті Олимпиадамен бір мезгілде Англия мен Голландиядан келген 130 мүгедек-спортшылардың қатысуымен алғашқы халықаралық жарыстар ұйымдастырды - Қазіргі Паралимпиадалық ойындардың алдында тұрған халықаралық Сток-Мандевиль ойындары (ХДСШ).

Сол жылы тірек-қимыл аппараты бұзылған адамдардың Халықаралық спорт федерациясы құрылды, ал мүгедектер, зейнеткерлер және қайырымдылық қайырмалдықтарына арналған Сток-Мандевилде мүгедек спортшылар үшін бірінші стадион салынды.

1959 ж. Людвиг Гуттман мүгедектерге арналған спорт түрлерінен жарыс өткізудің алғашқы регламентін әзірлеп, жариялады.

1960 жылдың қыркүйегінде Римде (Италия), Олимпиададан кейін бірден 1960 жылы жыл сайынғы Халықаралық Сток-Мандевиль ойындары өткізілді, оған 23 елден 400 мүгедек спортшы қатысты. Бұл жарыстар бірінші Паралимпиадалық ойындар деп саналады. Ойын бағдарламасы сегіз спорт түрінен тұрды, оның ішінде жеңіл атлетика,

жүзу, семсерлесу, баскетбол, садақ ату, үстел теннисі және т. б. болды. Жарысқа жұлыны зақымданған спортшылар қатысты [3].

Соңғы кезеңдері Қазақстан Республикасында үкімет паралимпиадалық қозғалыстарға ерекше көңіл бөліп, мүмкіндігі шектеулі спортшыларымыз халықаралық спорт аренасында үлкен жетістіктерге жетуде.

2003 жылы құрылған Қазақстанның паралимпиялық Комитеті Еліміздегі мүгедектер спорттық ұйымдарын үйлестіруші органы болып табылады және халықаралық аренада Қазақстан мүгедек – спортшыларының мүддесін білдіреді.

Қазақстанның Паралимпиялық Комитетінің басты мақсаттары:

- Мүгедектер арасында дене шынықтыруды және спортты көпшілікке тарату;
- Мүгедектер арасында паралимпиялық және ұлттық спорт түрлерін дамыту;
- Мүгедектердің әр категорияларын ескере отырып, мүгедектер спортын отандық және халықаралық спорттық қозғалысқа бірігуіне жәрдемдесу;
- Халықаралық Паралимпиялық Комитетпен және басқа халықаралық спорттық ұйымдармен байланыс орнату .

Қорытындылай келе, бейімдік дене шынықтыру және спорт, оның бағыттары- паралимпиадалық қозғалыстар мемлекеттердің әлеуметтік саясатында үлкен орын алады. Мүмкіндігі шектеулі жандардың физикалық оңалуы және әлеуметтік бейімделуі, түрлі психологиялық және қоғамдық-мәдени кедергілерді еңсеру жолымен олардың өмір сүру сапасын арттыру, әлеуметтік маңыздылығын арттыру, мотивация мен белсенділікке ұмтылуды дамыту, жоғары спорттық нәтижелерге қол жеткізу және өзін-өзі жетілдіру сияқты әлеуметтік проблемаларды шешуде белсенді орын алады.

### **Библиографиялық тізім**

1. Закон Республики Казахстан от 03.07.2014 «О физической культуре и спорте»
2. Брискин Ю.А., Евсеев С.П., Передерий А.В. Адаптивный спорт. Спорт без границ. М: 2010
3. Сайт национального Паралимпийского комитета Казахстана.  
<http://www.paralympic.kz>

# АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ

ӘОЖ 72-055,785

**Базарбаева К. К.**, педагогика ғылымдарының кандидаты, доцент  
Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті  
Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы  
bazarbaeva1969@inbox.ru

## БЕЙІМДЕУ ЖӘНЕ САУЫҚТЫРУ ӘДІСТЕРІН ДЕНЕ ТӘРБИЕСІ САБАҒЫНДА ҚОЛДАНУ ЖОЛДАРЫ

***Аңдатпа.** Мақалада бейімделу және сауықтыру дене тәрбиесінің теориясы мен әдістемесі қарастырылған. Мұндай бағыт жалпы дене шынықтыру мен спорттың маңызды бөлігі болып табылады. Осы спорт саласын қоғамда дамыту және тарату – мемлекеттің және әр қоғам мүшесінің, атап айтқанда, маңызды міндеті екендігі сөз етілген. Автор бейімделу және шынықтыру сияқты, емдік дене шынықтырудың құрамды бөлігі ретінде, сонымен қоса, аурудың асқынуы кезінде алдын-алудың, сабақты және бүкіл кешенді дұрыс құру кезінде қолданылатын, әсерді тиімді амалы болып табыладындығына талдау жүргізген.*

***Түйін сөздер:** эндокринді жүйе, ұлпалық алмасу, психоэмоционалдық, гидрокинезотерапия, гигиеналық гимнастика, механотерапия, еңбек терапиясы, сауықтыру гимнастикасы, емдік гимнастика.*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ И ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

***Аннотация.** В данной статье рассмотрена теория и методика адаптивной и оздоровительной физической культуры. Такое направление является значимой частью общей физкультуры и спорта. Развитие и распространение данной спортивной отрасли в обществе – важная задача государства и каждого из нас в частности.*

***Ключевые слова:** эндокринная система, тканевый обмен, психоэмоциональный, гидрокинезотерапия, гигиеническая гимнастика, механотерапия, трудотерапия, оздоровительная гимнастика, лечебная гимнастика.*

## THE USE OF ADAPTIVE AND HEALTH-IMPROVING METHODS IN PHYSICAL EDUCATION LESSONS

***Abstract.** In this article, the theory and methodology of adaptive and recreational physical culture is considered. This direction is an important part of general physical education and sports. The development and dissemination of this sports industry in society is an important task for the state and each of us in particular.*

***Key words:** endocrine system, tissue metabolism, psycho-emotional, hydrokinesotherapy, hygienic gymnastics, mechanotherapy, occupational therapy, health gymnastics, therapeutic gymnastics.*

Дене қимылы жаттығулары зат алмасуын, ұлпалық алмасуды, эндокринді жүйені ынталандырады, ағзаның ауруға деген тұрақтылығына көмектеседі, психоэмоционалдық (буырқанды сезімдік) салаға оң шешімді ықпал етеді, көңіл-күйді жақсартады, ағзаға тонустық және бір қалыпты оң ықпал етеді. Емдік дене шынықтырумен қатар, емделудің



әдісіне уқалау да жатады. Емдік дене шынықтыру мен уқалау аурулар мен жарақаттану кезінде, басқа әдістер кешенімен кеңінен қолданылады, сонымен қоса, көптеген тұрақты аурулар мен жарақаттардың зардаптарын емдеудің өздігінше әдістері болып табылуы мүмкін. Емделу және алдын-алу мақсаттарында дене қимылы жаттығулары біздің дәуірімізге дейін, шамамен 2000 жылдай бұрын Қытай мен Үндістанда қолданылған. Ал, Ежелгі Рим мен Ежелгі Грецияда дене қимылы жаттығулары және уқалау тұрмыста, әскери істе, еңбек пен бос уақытты өткізуде, емдеуде бөлім бес бөліктен тұрады.

Денсаулық жағдайы мен дене қимылы даярлығына сәйкес, барлық жалпы білім беретін мектеп оқушылары үш медициналық: негізгі, дайындық және арнайы топтарға бөлінеді [1].

Арнайы медициналық топқа жалпы мектеп бағдарламасы бойынша айналысуға денсаулығының кінәратынан мүмкіндігі жоқ оқушыларды жатқызамыз. Бұл балалардың дене қимылы дамуы мен денсаулық жағдайларының әжептәуір деңгейдегі тұрақты немесе уақытша ауытқуларына байланысты, негізгі топқа қосыла алмайды. Әдетте, олар оқушылардың жалпы құрамының 3-5% құрайды. Аталмыш оқушылардың дене тәрбиесінің негізгі міндеттеріне мыналар жатады: денсаулықты нығайту, ағзаның дұрыс дене қимылы дамуы мен шынығуына септігін тигізу; дене және ақыл-ой қабілеттіліктерін жоғарылату; мектептің типтік оқу бағдарламасына қарастырылған негізгі қимыл-қозғалыс дағды-машықтарын игеру; үнемді-оңтайлы (рационалды) дем алуға үйрету; дұрыс дене тұрқын тәрбиелеу, қажетті жағдайларда оны түзеу (коррекциялау). Осы міндеттерді шешу үшін емдік дене шынықтыру, ал оған байланысты, сауықтыру және бейімделу дене шынықтырулары ұйымдастырылады. Бұл жағдайларда мұғалім айналысудың нақты бағдарламасын дәрігермен бірге қосыла жасақтайды. Аталмыш бағдарламаның негізіне дене қимылы жаттығулары, уқалау, табиғаттың жаратылыс факторлары жатады. Олардың таңдауы сырқаттардың сипатымен, кезеңімен және оның сана-сезімімен шартталған. Дене қимылы жүктемесін мөлшерлеуге мүмкіндік беретін, бөлек органдар мен жүйелерге, бұлшық ет топтары мен буындарға таңдаулы түрде ықпал ететін, жүктемені сапалылықтұрғыда әртүрлендіретін гимнастикалық жаттығулар кеңінен қолданылады. Олар дене шынықтыру залдарында, емдік дене шынықтыру кабинеттерінде, үйде, таза ауада, айналысуға мүмкіндік болатын және басқа жерлерде қолданылы беруіне болады. Сонымен бірге, қозғалмалы және спорттық ойындардың, жеңіл атлетиканың, шаңғы дайындығының, шығыс жекпе-жек түрлері мен қазіргі кезде көп жерлерде белең алып жатқан йога түрлерінің элементтері де қолданылады [2].

Гидрокинезо терапиялық амалдар мен жабдықтар кеңінен танымал болуда: жүзу, судағы дене қимылы жаттығулары, су асты уқалау (массаж), судағы тартылу мен түзеу амалдары және қазіргі кезде жастар арасында сәнге айналған акваэробика мен шейпинг түрлері. Жылы суда перефириялық қан айналымы жақсарады, буындардағы қимыл-қозғалыс амплитудасы әжіптәуір өседі, олардың үнемділігі жоғарылайды. Су ортасы ырғақтың, қимыл-қозғалыс бағытының және құрал-жабдықтардың (қол және аяқ қазтабандарының, доптардың және т.б.) өзгеруі арқылы, жүктемені көбейтуге мүмкіндік береді. Дене бітімі бұзылған, омыртқасы қисық (сколиоз) және жарақаттың қалдық зардаптары бар балалар үшін, жүзу қимыл-әрекеттері өте пайдалы. Аяқ буындарының жарақаттары және сырқаттары кезінде шайтанарба (велосипед) айдау, шаңғыда жүру жаттығулары қолданылады; зат алмасу үдерісінің бұзылуы, жүрек-қан тамырлары және тыныс алу жүйелерінің патологиясы кезінде – ескек есу, жақын араға туризм, сауықтыру жүгіруі және т.б. қолданылады. Айналысушыларда буырқанды сезімдік сезінулерін жоғарылату үшін дене қимылы жүктемесі аз қозғалмалы және спорттық ойындар қолданылады [3].

Бейімдеу мен сауықтыру дене шынықтыруында көп рөл атқаратын емдік дене шынықтыруының арнайы мамандырылған амалдар мен тәсілдеріне механотерапия, еңбек терапиясы, уқалау жатады. Механотерапия өзімен бірге, арнайы құрастырылған аппараттар мен қондырғылардың көмегімен функционалды емдеу жүйесін құрайды.

Еңбек терапиясы – еңбек іс-қызметтері мен өзін-өзіне қызмет көрсетудің әртүрлі қимыл-әрекеттерінің көмегі арқылы, жарамсыз күйдегі функцияларын, яғни, дене мүшелері мен ағзаны қайта қалпына келтіретін белсенді әдіс болып табылады.

Оқу орындарындағы арнайы медициналық топқа кіретін оқушылармен айналысуды ұйымдастырудың жетекші емдік дене шынықтыру және үй жағдайларында өздігінше тапсырмаларды орындау болып табылады. Сабақтың ұзақтығы мектеп жағдайында – 30-45 минут, арнаулы орта және жоғары оқу орындары жағдайында 50 минуттан 80 минутқа дейін созылады. Кіріспе-дайындық бөліміне 3-5 минуттан, 7-10 минутқа дейін созылады. Онда ағзаға үйлесімді сезінулік ықпал етуді көрсетуін, дұрыс дене тұрқы мен пішімін қалыптастыруды, жағымды және жанға жайлы буырқанды сезімдік жағдайларды құруды қарастырады. Негізгі бөлімде (25-35 минуттан 50-60 минутқа дейін) патология, яғни, сырқат түрлеріі шартталған міндеттер шешіледі. Қорытынды бөлімде (3-5 минуттан 5-10 минутқа дейін) – дұрыс дене тұрқы мен пішімінің қалыптасуына, ағза жүйесінің функцияларының тұрақтануына, физиологиялық жүктеменің төмендеуіне септігін тигізетін жаттығулар мен қимыл-қозғалыс әрекеттері орындалады.

Айналысу үшін топтар (құрамында 10-15 адамнан тұрады) негізінде сырқат түрлері бойынша құралады. Сабақта дене шынықтыру мұғалімі аптасына берілген сағат саны бойынша, оқу сағаттары кестесінен тыс уақыттарда өткізеді. Бұнда сабақтың осындай тобымен дәріс беру үшін, мұғалімнің тәжірибесінің мол, медициналық тұрғыда аздаған болсын, білімі мен түсінігі бар болуын қажет етеді. Қалған күндері оқушылар өздігінше айналысулары қажет. Сырқат балалардың бір бөлігі емханаларда, дәрігерлік-дене шынықтыру, диспансерлік, арнайы мамандырылған мектеп-интернаттарда және санаториялар мен алдын-алу мекемелерінде айналысып, ем қабылдап, сауығудың амалдарын істейді [4].

Денсаулық – бұл жеке тұлғаның үйлесімді дамуын қамтамасыз ететін, оның жұмысқа деген қабілеттілігін анықтайтын, адамның ең бірінші және маңызды қажеттілігі. Ол қоршаған ортаны білудің, адамның өзін-өзі жоғары көтеріп бекітіп, бақыты мен қуанышына ұмтылысының маңызды алғышарты болып табылады. Белсенді ұзақ өмір сүру – адам факторының маңызды шарты.

Өкінішке орай, көптеген адамдар салауатты өмір сүру салтының ғылыммен негізделген қарапайым нормаларын сақтамайды. Салауатты өмір сүру – бұл руханилық қағидаларда негізделген өмір сүру салты. Ол рационалды түрде ұйымдастырылған, бесленді, еңбектік және шынығушылық тұрғыда болуы керек. Қоршаған ортаның сүреңсіз әсер етулерінен қорғап, еңкейген кәрі-жасқа дейін рухани, психикалық, дене денсаулығын сақтауға мүмкіндік береді.

Бейімделу дене шынықтыруы әртүрлі түрлерде қолданыла береді: емдік, сауықтыру, гигиеналық гимнастика түрлері, қозғалмалы ойындар, жүрудің әртүрлі түрлері, спорттық ойын-сауықтар және т.б.

Гигиеналық гимнастика – ағзаға жалпы бекітуші, нығайтушы әсер ететін, дене қимылы жаттығуларының кешені. Оны, көбінесе, теориялық сабақтардың алдында, сауықтыру, өндіріс орындарында, демалыс шатыржайларда, жұмыстың алдында немесе арасындағы үзілісте т.б. орындалады.

Сауықтыру гимнастикасы – ем алатын стационарлық, амбулаториялық және осыған байланысты, басқа да орындарда, көбінесе, аурудың алдын-алу үшін немесе жазылуды тездету мақсатында орындалатын іс-қимылдар кешені.

Емдік гимнастика – ауру адамға емдік-алдын алу мақсаттарында берілген, дене қимылы жаттығуларының кешені.

Қозғалмалы ойындар – емдік дене шынықтырудың түрлері ретінде, қимыл-әрекеттерге аса бір көрінген қызығушылықты сипаттайды.

Спорттық ойын-сауықтарға – жаяу, атта, шаңғымен, шайтанарбада және бой жазудың басқа да түрлерін қолдана отырып, серуендеу.

Қорыта келе, бейімделу және шынықтыру сияқты, емдік жалпы дене шынықтырудың құрамды бөлігі ретінде, сонымен қоса, аурудың асқынуы кезінде алдын-алудың, сабақты және бүкіл кешенді дұрыс құру кезінде қолданылатын, әсердің тиімді амалы болып табылатындығы анықталды.

### Библиографиялық тізім

1. Сейсенбеков Е.К. Дене шынықтыру және спорт теориясы мен әдістемесі: педагогикалық мамандықтарға арналған оқулық - Астана: Л.Н.Гумилев атындағы ЕҰУ, 2011.
2. Матвеев Л.П. Дене тәрбиесі теориясы мен әдістемесі, М.: ФиС, 1991.
3. Ашмарин Б.А. Дене тәрбиесінің теориясы мен әдістемесі, М: Просвещение, 2008.
4. Есмағанбетова З. Дене тәрбиесін өткізу және басқару. Оқу құралы, Қарағанды, 2012.

УДК 796.015.44

**Билык Д. М.**, учитель физической культуры  
АОУ школа № 11  
г. Долгопрудный Московская обл., Российская Федерация  
swim2001@rambler.ru

### АДАПТИВНЫЕ ЗАНЯТИЯ ПЛАВАНИЕМ У ШКОЛЬНИКОВ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ХОДЬБОЙ НА НОСКАХ

***Аннотация.** В статье рассматривается вариант программирования адаптивных занятий по физической культуре в бассейне с детьми с идиопатической ходьбой на носках (ИХН). Представлен вариант педагогического планирования, дифференцирования средств обучения плаванию с учётом особенностей заболевания младших школьников. Результатом практического эксперимента служат рекомендации по выстраиванию учебных занятий плаванием для детей с ИХН.*

***Ключевые слова:** адаптивные занятия, плавание, идиопатическая ходьба на носках, младшие школьники, физическая культура.*

### ADAPTIVE WORKING BY SWIMMING AT SCHOOLBOYS WITH IDIOPATHIC WALKING ON SOCKS

***Abstract.** The article discusses the option of programming of adaptive physical training in the pool with children with idiopathic walking on the toes (IHN). The presented version of the pedagogical planning of differentiation of means of swimming training, taking into account characteristics of the disease to younger children. The result of the practical experiment is recommendations on building educational swimming lessons for children IHN.*

***Keywords:** Adaptive classes; swimming; idiopathic walking on the toes; schoolchildren; physical culture.*

Идиопатическая ходьба на носках, или синдром (ИХН), при которой стопа ребенка контактирует с опорой своим передним отделом стопы и не опирается на пятку. Явление описано в литературе, как доброкачественная ходьба на носках, или транзиторная фокальная инфантильная дистония. При синдроме ИХН, ходьба на носках появляется с момента начала самостоятельного передвижения. У детей опора на передний отдел стопы

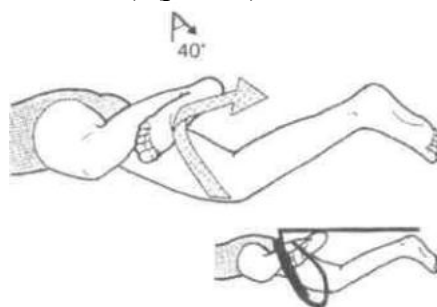
носит постоянный характер в 87% случаев. В остальных 13% случаев опора на пятку возникает периодически. У 70%—90% детей сохранена способность наступать на всю подошвенную поверхность и осуществлять перекаат стопой с пятки на носок. При таком отмечается повышение тонуса мышц голени [2, стр. 321].

**Цель** исследования – адаптировать существующую методику обучения плаванию младших школьников для детей, имеющих синдром идиопатической ходьбы на носках.

**Гипотеза.** Дифференцированный подбор упражнений в воде на занятиях плаванием позволит уменьшить эквинус в ходьбе и способствовать прилеганию стопы к опоре.

Основной целью занятий плаванием на уроках физической культуры у младших школьников является обучение плаванию. В настоящее время в методике обучения плаванию детей школьного возраста сложилось два основных направления, одно из которых предусматривает процесс обучения плаванию параллельно-последовательным способом, в большинстве случаев со способов кроль на груди или кроль на спине. В другом случае, обучение плаванию со способа брасс, до прочного его освоения [2].

Учитывая физиологические особенности данной категории школьников, особенности ступания при ИХН, мы дифференцировали плавательные упражнения, при которых обучение плаванию начинается со способа брасс (имитация движений ноги брасс на суше, в воде; плавание брассом на ногах; плавание брасс на спине; подскоки от дна бассейна с перекаатом с пятки на носок) (рис. 1.).



*Рис. 1 Отталкивание при плавании ноги брасс*

Способы плавания, основу которых составляют попеременные движения руками (кроль на груди и кроль на спине) – осваиваются после, так как движения ногами выполняются с вытягиванием стопы. На освоение этих способов отводится меньше времени. Монолатеральные способы плавания – брасс, дельфин (упрощенный, ноги брасс) осваиваются первыми и с увеличенным числом занятий с последующим использованием изученных упражнений.

В процессе обучения плаванию нами использовался различный инвентарь: доски плавательные, колобашки, нудлы. Применение плавательного пояса позволяет выполнять плавательные упражнения на глубокой части бассейна со 2-3 занятия.

Программа обучения плаванию включает в себя четыре этапа подготовки:

**Первый этап** – этап ознакомления с водной средой и обучения подготовительных упражнений для дальнейшего обучения плаванию. Продолжительность первого этапа составляет около 2-6 занятий.

**Второй этап** – включает в себе изучение способа брасс на груди и брасс на спине, как по элементам, так и в координации в целом. При полном освоении этого способа плавания, до момента проплыwania до 10 метров, параллельно с совершенствованием техники начинается обучение элементов способа плавания дельфин.

**Третий этап** – осваиваются элементы плавания, как работа рук и туловища способа дельфин, движения рук и ног способов кроль на груди и кроль на спине (с одновременным движением руками).

**Четвертый этап** – происходит совершенствование всех четырех способов плавания, по элементам и в координации с дыханием.

На протяжении всех этапов обучения внедряются в комплекс упражнений разученные ранее специальные упражнения с элементами способа брасс. Учет физических особенностей у школьников с ИХН способствует более эффективному обучению плаванию, вышеперечисленными способами.

**Заключение.** Практические рекомендации:

- первоначальное обучение плаванию целесообразно проводить со способов брасс на груди, на спине до прочного освоения;
- освоение специальных упражнений в воде, с их использованием на всех этапах обучения;
- избегать стояния учащихся на носках в глубокой или мелкой части бассейна;
- использовать широкий спектр доступного плавательного инвентаря, кроме ласт;
- вести учениками дневник самоконтроля, визуального наблюдения.

### Библиографический список

1. Оздоровительное, лечебное и адаптивное плавание: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н.Ж. Булгакова и др.. М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 432 с.
2. Ортопедия первых шагов / В. А. Мицкевич. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. — 359 с. : ил., [8] с. цв. вкл

УДК 796.035

**Балгимбеков Ш.А.**, медицина ғылымдарының докторы

Абай атындағы ҚазҰПУ

Алматы қ., Қазақстан Республикасы

balgimbekov@inbox.ru

**Мухиддинов Е.М.**, педагогика ғылымдарының кандидаты

Абай атындағы ҚазҰПУ

Алматы қ., Қазақстан Республикасы

### ҚАЗІРГІ КЕЗДЕ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫ АРАСЫНДА ТІРЕК-ҚИМЫЛ АППАРАТЫНЫҢ ЖИІ ТАРАҒАН БҰЗЫЛУЛАРЫН ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ЖАТТЫҒУЛАРЫМЕН ТҮЗЕТУ

*Аңдатпа.* Мақалада қазіргі кезде мектеп оқушылары арасында жиі кездесетін тірек-қимыл аппаратындағы бұзылулар мен олардың себептері жөнінде мәліметтер баяндалған. Біздің жүргізген тексерулеріміздің нәтижесінде жоғары сыныптағы оқушылардың 20,1%-да омыртқа жотасының қисаюы (сколиоз) мен қазтабандық белгілерінің бар екендігі анықталды. Бұл жағдайда тірек-қимыл аппаратындағы аталған бұзылуларды түзету мақсатында дене шынықтыру сабағын өту барысында арнайы гимнастикалық жаттығуларды жүйелі түрде жасаудың маңызы аса зор.

**Кілт сөздер:** мектеп оқушылары, тірек-қимыл аппараты, сколиоз, қазтабан, түзету, дене шынықтыру жаттығулары.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ

*Аннотация.* В данной статье представлены сведения о наиболее распространенных нарушениях опорно-двигательного аппарата среди школьников и их причин. В результате проведенного нами обследования у 20,1% учащихся старших классов были выявлены признаки сколиоза и плоскостопия. В этих условиях для коррекции указанных нарушений опорно-двигательного аппарата у школьников, важное значение имеет систематическое выполнение специальных гимнастических упражнения при проведении занятий по физической культуре.

**Ключевые слова:** школьники, опорно-двигательный аппарат, сколиоз, плоскостопие, коррекция, физические упражнения.

## APPLIANCE OF PHYSICAL EXERCISES FOR CORRECTION OF THE MOST COMMON DISORDERS OF THE MUSCULO-SKELETAL SYSTEM AMONG MODERN SCHOOLCHILDREN

*Abstract.* This article provides information about the most common disorders of the musculo-skeletal system among students and their causes. As a result of our survey, 20.1% of high school students showed signs of scoliosis and flat feet. Thus, it is important to systematically perform special gymnastic exercises during physical classes for the correction of these disorders of the musculo-skeletal system among schoolchildren.

**Keywords:** schoolchildren, musculo-skeletal system, scoliosis, flat feet, correction, physical exercises.

Қазақстан Республикасында білім беруді дамытудың 2011–2020 жылдарға арналған Мемлекеттік бағдарламасында негізгі мақсаттардың бірі ретінде жалпы білім беретін мектептерде зияткерлік, дене бітімі және рухани дамыған азаматын қалыптастыру көзделген. Осы мақсатқа қол жеткізу бағытында аталған бағдарламада орта білім беру жүйесінде дене тәрбиесі мен спортпен айналысуды жаңа деңгейге көтеріп, оқушылардың денелік дамуы мен денсаулығын жақсартуға арналған бір қатар іс-шараларды жүзеге асыру жоспарланған [1].

Қазіргі заманғы орта білім беру жүйесінде оқытудың жаңа инновациялық технологиялары мен әдістерін енгізу, қажетті білім мен ақпарат көлемінің артуы балалар мен жасөспірімдер организміне, оқушының функциональдық мүмкіндіктері мен денсаулығына жоғары талаптар қоюда [2].

Соңғы жылдары жүргізілген зерттеулер қазіргі кезде мектеп оқушыларының қимыл-қозғалыс белсенділігінің өте төменгі деңгейде қалыптасып, баланың үйде де, мектепте де уақытының басым бөлігін статикалық жағдайда өткізетіндігін көрсетіп отыр [3]. Осыған байланысты көп балаларда қазір гиподинамия белгілері ерте пайда бола бастайды да, өскелең организмнің қалыпты дамуы мен қызметі бұзылады. Бұл жағдайдың ағзаның барлық мүшелеріне, әсіресе баланың тірек-қимыл жүйесіне, сүйек пен бұлшық ет тіндеріне теріс әсері мол.

Жалпы алғанда балалар мен жасөспірімдердің сүйектері серпімді, жұмсақ, оңай өзгергіш келеді. Олардың сүйектері мен буындары жеткілікті қатпағандықтан, үйде, балалар бақшасында, мектепте білім беру, дене еңбегі мен спорт ойындарымен ұйымдастыруға деген гигиеналық талаптарды, үстелде, партада дұрыс отыру ережелері, баланың ұйқтайтын төсегіне арналған талаптар сақталмаса, сүйектері мен бұлшық еттері ерекшеленіп, дұрыс жетілмейді. Осының нәтижесінде омыртқа жотасы, сүйектері қисайып, қан тамырлары қысылып, бұлшық еттері шынықпай бала тез шаршайды. Буыны қатпаған баланың тұлғалық сымбаты бұзылып, омыртқа жотасында сколиоз және басқа

ауытқулар қалыптасады, жүрек қан тамырлары мен тыныс алу жүйесінің қызметтеріне зиян келіп, баланың жалпы денсаулығы нашар болады.

Соңғы жылдары педагог-ғалымдар мен дәрігерлерді мектеп жасындағы балалар мен жасөспірімдер арасында тірек-қимыл аппаратының ауытқулары мен бұзылыстарының кеңінен таралуы қатты алаңдатууда [4]. Тұлға сымбатының ауытқулары және тірек-қимыл жүйесіндегі бұзылулар бастауыш сыныптарда оқитын балалардың үштен бірінде анықталса, жоғары сынып оқушылары арасында 60-70%-ға дейін жетіп отыр.

Осындай жағдайда жасөспірім балалар мен қыздардың білім алу барысында денсаулығын сақтап, ағзасының дұрыс өсіп жетілуін қамтамасыз етуде тірек-қимыл мүшелері жүйесінің құрылысы мен қызметіндегі бұзылулардың алдын алу аса маңызды. Сонымен қатар, өскелең жас организмнің қимыл-қозғалыс функциясының даму ерекшеліктерін ескере отырып, мектеп оқушыларында жиі кездесетін тірек-қимыл жүйесінің бұзылуларын түзетуде дене жаттығуларын кеңінен қолдану қажет.

Біздің жұмысымыздың мақсаты – қазіргі кезде мектеп оқушылары арасында жиі кездесетін тірек-қимыл жүйесіндегі бұзылуларды түзетуге бағытталған дене шынықтыру жаттығулары кешенін әдістемелік тұрғыдан негіздеп, мектептегі дене тәрбиесі оқытушыларына ұсыну болды.

Қазіргі кезде мектеп жасындағы балалар мен жасөспірімдердің арасында тірек-қимыл жүйесінің жиі кездесетін бұзылыстарының бірі – тұлға сымбатының ауытқулары болып табылады [5].

Егер оқушы баланың омыртқа жотасы мойын мен бел тұсындағы физиологиялық иілістерімен тіке қалыптасып, иықтары мен жауырындары симметриялы орналасқан, басын тік ұстап, аяқтары түзу болса, тұлғасы сымбатты деп бағалауға болады. Бұл жағдайда ішкі ағзалар мен дененің ауырлық орталығы дұрыс орналасып, организмнің қимыл-қозғалыс функциялары жақсы дамиды.

Тұлға сымбатының негізі – омыртқа бағанасы, ол дененің қимыл-қозғалыс функциясының жүзеге асуында басты роль атқарады. Балаларда омыртқа жотасының өсіп-дамуы бастапқы жылдарда өте қарқынды жүреді, одан кейін бәсеңдейді де, содан соң 7 жастан кейін қарқынды өсе бастайды.

Омыртқа жотасы адам денесіндегі ең күшті мықты сүйек болып табылады. Ең көп қозғалыста болатын омыртқа жотасының бөлімі - мойын омыртқасынан кеуде омыртқасына өтетін және кеуде омыртқасынан бел омыртқасына өтетін жерлері. Бұл бөлімдер басқа бөлімдерге қарағанда көп өзгеріске ұшырайды, себебі, олар көп қимыл-қозғалыста болып қана қоймай, статикалық жүктемеге де көп ұшырайды. Сондықтан, осы бөлімдердің дамуына және қатаюына аса көп мән беру қажет.

Оқушы балалар мен жасөспірімдерде омыртқа бағанасының бүйір жақтарға қарай қисаюымен сипатталатын бұзылуы - сколиоз жиі байқалады.

Оқушылар арасында сколиоздың мынадай 3 түрі белгілі:

- оңжақты сколиоз: омыртқалардың остік түзу өсінділері оңға қарай жылжыған, баланың сол жақ иық белдеуі оң жақтікінен төмен және сол жақ жауырын оң жақтағымен салыстырғанда төмен орналасады;

- солжақты сколиоз: оңжақты сколиозбен салыстырғанда, омыртқа жотасының орта сызығы, иық белдеуі мен жауырынның орналасуы кері қатынаста болады;

- S-тәрізді сколиоз: солжақты және оңжақты сколиоздан омыртқаның екі доға тәрізді қисығымен ерекшеленеді.

Оқушы баланың омыртқа жотасының бір бүйіріне қарай қисаюының негізгі себептеріне партада (орындықта) түзу отырмау, жазу үстелі мен орындық биіктігінің сәйкессіздігі, көбіне бір қолымен ауыр жүк көтеру, мектепке апаратын портфельдің салмағы шектен тыс ауыр болып, бір иығымен алып жүруге дағдылану, қаңқа сүйектері мен бұлшық еттердің нашар дамуы және т.б. жатады.

Оқушы балаларда тұлға сымбатының ауытқуларына осы аталған омыртқа жотасының қисаюы түрлерімен қатар қанаттәрізді жауырын, иық белдеуінің ассиметриясы және көкірек клеткасының тарылуы жатады.

Тұлға сымбатының ауытқулары жүрек, өкпе және ас қорыту ағзаларының қызметін бұзады, зат алмасу үрдістерін нашарлатып, жұмысқа қабілеттілігін төмендетеді. Мәселен, сколиоз кезінде жүректің оң және сол қарыншаларының қызметі өзгеріп, уақыт өте келе қан айналымы бұзылады. Жасөспірім баланың пульсі жиілейді, тіндердің оттегімен қамтамасыз етілуі нашарлайды да, организм тез шаршайды. Балада кифоз байқалғанда басы мен мойнын алға еңкіш ұстағандықтан, көзінің көруі нашарлайды. Қыздарда омыртқа жотасының қисаюлары жамбас белдеуінің дұрыс қалыптасуын бұзып, тұрмыс құрып, ана болғанда босану барысында қиындықтар тудыруы мүмкін.

Тірек-қимыл жүйесінің мектеп жасындағы балалар мен жасөспірімдер арасында тағы бір жиі тараған бұзылысы – қазтабандылық.

Көптеген авторлар оқушы балалардың 20-40%-ында қазтабан белгілері бар деп есептейді, ал Красикова И.С. өзінің арнайы жүргізген зерттеу жұмысында табан күмбезінің қалыпты шамадан ауытқулары 11-14 жас аралығындағы ұлдардың 55,6-70,2%-да, қыздардың 60,8-75,9%-да анықталғандығын мәлімдеді [6].

Қазтабанның алғашқы белгілері: ұзақ жүргенде, кешке қарай аяқта шаршау жиі сезіледі, бұлшық еттерде ауырсыну байқалады. Кейіннен тұрған кезде, жүре бастағанда да ауырсыну пайда болып, бала шаршайды, басы ауырады, сабақтан үлгерімі нашарлайды. Ауырсыну табанда, күмбез аумағында, тірсек еттерінде сезіледі. Баланың табаны ұзарып, орта бөлімінде жалпыиып кеңейеді, сүйектерінің қалыпты орналасуы бұзылады, өкшесі қисайып, сыртқа бұрылады. Қазтабан балалардың аяқ киімнің өкшесінің ішкі жағы тез желініп, тозады.

Біз оқушылардағы тірек-қимыл жүйесіндегі бұзылуларды анықтау мақсатымен Алматы қаласындағы №2 орта мектебінің тоғызыншы сыныптардағы ұл оқушылары арасында тексерулер жүргіздік. Тексеру нәтежиесінде 38 оқушының 8-де (21,1%-ды құрады) әр түрлі дәрежелі сколиоз бен қазтабандық белгілері анықталды, яғни әрбір бесінші оқушы ер балада тірек-қимыл жүйесінің бұзылуылары бар екендігі анықталды.

Біз мектеп оқушыларында жиі тараған омыртқа жотасының қисаюы - сколиоз бен қазтабанды түзету мақсатында дене шынықтыру сабағын өткізу барысында арнайы гимнастикалық жаттығуларды жасауды ұсынып отырмыз.

Омыртқа жотасының қисаюы - сколиозды түзетуге арналған дене шынықтыру сабағы 3 бөлімді құрайды: дайындық, негізгі және қорытынды.

Дайындық бөлімі: жүру, саптағы жаттығулар, дұрыс мүсін қалыптастыруға арналған жаттығулар, тыныс алу жаттығулары.

Жүру – бұл адам үшін барынша табиғи жүктеме. Мүсіннің бұзылуы жүрісте көрінеді, ал жүру кезіндегі жаттығулар мүсіннің бұзылуын жоюға көмектеседі. Жүруді сабақтың барлық бөлімдеріне, басым түрде кіріспе және қорытынды бөлімдерге қосуға болады. Жүруді дұрыс мүсінді сақтаумен, тыныс алу жаттығуларымен, аяқтың ұшымен, табанның сыртқы және ішкі ойығына, табаннан ұшына әр түрлі қол, дене қозғалыстарымен ауысуы және қосымша тапсырмалармен қолданылады. Жаттығуды айна алдында, назарды мүсінге бағыттау арқылы жасаған жөн.

Негізгі бөлімде: арқа бұлшық еттерінің, құрсақ тығыршығының, жалпы және күш төзімділігін жаттықтыру және қалыптастыруды қамтамасыз ететін, кеуде бөлігінің «бұлшықет корсетін» құру үшін, жалпы нығайтушы және тыныс алу жаттығуларымен үйлескен түзетуші жаттығулар жасау ұсынылады.

Сабақтың негізгі бөлігіндегі жаттығулар дененің бар салмағынан омыртқаны жеңілдендіру жағдайында өтеді (ауаны ішке тарту, тыныс алу, босаңсыту жаттығулары), жалпы нығайтушы жаттығулар қолданылады. Басым түрде алғашқы жағдай – жатып және тізеге таяныш жасап (төртаяқтап). Негізгі бөлімнің аяғында қозғалыс ойыны, оның ережесі дұрыс мүсінді сақтауды қамтиды.



Қорытынды бөлімінде: жүру, үйлестіруге арналған жаттығулар, тыныс алу жаттығулары, дұрыс жағдайды бір уақытта сақтауға арналған ойындар.

Сколиозды түзету мақсатында бұлшық еттердің қозғалғыштығын дамытуға жағдай жасайтын жаттығуларды қолданған жөн. Олар омыртқаның әр түрлі қозғалысынан, алдыға-артқа, жанына еңкеюінен және үлкен амплитудамен және бірнеше рет қайталаулармен айналу қозғалыстарын; қысқарған бұлшық еттер, буындар, сіңір жіне жалғаушы тіндердің созылуына жағдай жасайтын; бұл қозғалыстарды үнемі және толық орындағанда омыртқаның қисаюы түзеледі, бұлшық еттің дұрыс дамуына, қозғалыстарды үйлестіруге, тепе-теңдікті сақтауға жағдай жасайтын жаттығулар; мүсіннің бұзылуы және деформацияның басқа да түрлерінің пайда болуын өзіндік түзетуші жаттығуларды құрайды.

Сабақтың басында жаттығуларды орындау қарқыны баяу болу керек. Бұл қозғалыстың дұрыс техникасын меңгеруге, дененің кеңістіктегі жағдайын, жоғары мүсінді және дәл қозғалыс стереотиптерін қалыптастыруға мүмкіндік береді. Әрі қарай жаттығуларды барынша жылдам, және жылдамдатылған қарқында орындауға болады. Жаттығулар нәтижелі болу үшін, оларды барынша қарапайымнан, күрделіге ауыса отырып орындаған жөн.

Қазтабан болған жағдайда күнде таң ертең 5-6минут арнайы жаттығулар жасау керек. Оны жалаң аяқ жүруден бастайды. Алдымен табанды толық тіреп, кейін аяқтың ұшымен жүреді. Одан соң сәл жүреден отырып, табанның сыртымен жүріп, ақырында аяқтың ұшымен секіріп жаттығуды аяқтайды.

Орынықта отырып аяқты созып, ұшын бүгіп бір нәрсеге қатты тірейді; саусақтармен ұсақ заттарды жерден теріп алады. Осындай жаттығулар арқылы жіліншік бұлшық етін, саусақтарды қимылға келтіретін ұзын еттерді, сіңірлерді жетілдіріп нығайтады. Соның нәтижесінде табанды қалпына келтіреді. Түрегеліп тұрғанда екі аяқтың басын екі жаққа жіберіп тұруға, тіпті жүруге де болмайды. Өйткені салмақ табанның ішкі қырына түседі, содан барып өкшенің қисайып кетуі ықтимал.

Арнайы жаттығулар жинағын мектепте дене шынықтыру сабағына енгізсе тіптен жақсы. Тәжірбие көрсеткендей, арнайы жаттығулармен түзету оқушы балалар арасында неғұрлым ерте басталса, соғұрлым нәтижелі болады.

Дайындық бөлімінде берілген жаттығулар жіліншік бұлшық еттерін бірде босаңсытып, бірде қатайтып, аяқтың басын дұрыс ұстауға дағдыландырады.

Негізгі бөлімде бала жүрісін ықшамдап, тепе-теңдік қалпын, денені тік ұстауды қалыптастырады. Сол үшін аяқ саусақтарына қатысты бұлшық еттерді шынықтырады (башпайлармен ұсақ заттарды қамтып ұстау, оқтауды сырғанату, допты дөңгелетіп ойнау және т.б.)

Қорытынды бөлімінде тек берілген жаттығулар ғана емес, емдік дене шынықтырудың бұқаралық түрлерін кеңінен қолданады. Мәселен, суда жүзу, шаңғы, коньки тебу, жақын жерге жорыққа шығып, жазық жолмен жоғары көтерілу. Тек баланың аяғына көп салмақ түсіретін ауыр зат көтеруге болмайды, секіретін жаттығулар жасалмайды.

### **Библиографиялық тізім**

1. Қазақстан Республикасында білім беруді дамытудың 2011 – 2020 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы. Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 7 желтоқсанындағы №1118 жарлығымен бекітілген// «Егемен Қазақстан» газеті, 14 желтоқсан 2010 ж.

2. Пралиев С.Ж., Нармбаев К.Н., Төлеубекова Р.К. және басқ. Ұлттық тәрбие (салауатты өмір салтын қалыптастыру): оқу құралы// –Алматы, 2010 жыл. 19-31 бет.

3. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Здоровье детей на пороге XXI века: пути решения проблемы //Русский медицинский журнал.- 2000.- Т.8, №18.-С. 737-738.

4. Поляев Б.А., Румянцев А.Г., Иванова Г.Е., Выходец И.Т. Коррекция нарушений осанки в процессе физического воспитания учащихся: Практическое руководство // – М.: РАСМИРБИ, 2004. – 128с.

5. Чёрная Н.Л. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей. Учебное пособие// – Ростов н/Д:Феникс, 2007. –С. 12 –25.

6. Красикова И.С. Осанка: Воспитание правильной осанки. Лечение нарушений осанки. – 4-е изд// - Спб.:Издательство «КОРОНА.Век», 2008.- 176 с.

УДК 796

**Исмаилова С.И.**

Государственный университет им.Ш.Уалиханова

г.Кокшетау, Республика Казахстан

ismailova\_si@mail.ru

### **АДАПТИВНОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ**

***Аннотация.** В статье изложена необходимость правильного подхода адаптивного физического воспитания студентов, которые по состоянию здоровья относятся к специальной медицинской группе.*

***Ключевые слова:** здоровый образ жизни; адаптивное физическое воспитание; двигательная активность; студенты специальной медицинской группы.*

### **БЕЙІМДІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ - АРНАЙЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТОП СТУДЕНТТЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУДЫҢ НЕГІЗГІ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ**

***Аңдатпа.** Мақалада денсаулық жағдайына байланысты арнайы медициналық топқа жататын студенттерге бейімдік дене тәрбиесін дұрыс тағайындау қажеттілігі айтылған.*

***Түйінді сөздер:** салауатты өмір салты; бейімдік дене тәрбиесі; дене белсенділігі; арнайы медициналық топ студенттері.*

### **ADAPTIVE PHYSICAL EDUCATION AS THE MAIN FACTOR OF HEALTH IMPROVEMENT OF STUDENTS OF THE SPECIAL MEDICAL**

***Abstract.** The article sets forth the need for the correct approach of adaptively physical education of students who, due to health reasons, belong to a special medical group.*

***Keywords:** healthy lifestyle; adaptive physical education; physical activity; students of a special medical group.*

Эпоха современных прогрессивных изменений в мире, развитие информационно-коммуникационных технологий, рост технического прогресса, демографические изменения-все это в настоящее время, влияет на здоровье человека.

Один из аспектов социального общественного прогресса включает в себя: устойчивое психологическое и физическое состояние человека, повышение уровня здоровья, профилактику различных заболеваний, улучшение самочувствия, увеличение продолжительности жизни людей.

Однако современные условия жизни и профессиональной деятельности свели двигательную активность практически к нулю, создали ситуацию, что она стала почти не востребована. Гиподинамия и отсутствие физического движения уже являются неотъемлемыми атрибутами современной цивилизованной жизни, одним из основных факторов, вызывающих ухудшение здоровья населения.

При уменьшении объема и интенсивности физической активности снижается функциональная работа организма, нарушаются регуляторные механизмы; происходят атрофические и дегенеративные изменения в опорно-двигательном аппарате. Уменьшение мышечной нагрузки отрицательно сказывается на кровообращении, пищеварении, дыхании; снижается сердечная деятельность, что приводит к деструктивным атрофическим изменениям и энергетическим изменениям; снижается жизненная емкость легких и легочная вентиляция как в покое, так и, при физических нагрузках. Упрощение и обеднение двигательной активности приводит к ухудшению функционирования не только внутренних органов и систем человека, но и его психики.

Физическая культура способствует устранению дефицита движения, который отрицательно воздействует на развитие всех компонентов генетической программы человека и жизнеспособности человеческого организма.

В системе высшего учебного образования физическое воспитание является обязательной формой обучения, основанной на стандартах, включающие определенные критерии оценивания физической активности и физического состояния студента.

Физическое воспитание предназначено для повышения физической подготовки, двигательных навыков, получения полезных знаний и умений в области здорового и активного образа жизни, развития спортивного мастерства, самосовершенствования. Это разработанная программа учебных планов и инструкций.

Важным направлением работы высших образовательных учреждений по изменению ситуаций за состоянием здоровья учащейся молодежи является внедрение в практику адаптивной физической культуры, включая ее основные виды: адаптивное физическое воспитание, адаптивную двигательную рекреацию, адаптивный спорт, физическую реабилитацию, экстремальные виды двигательной активности и креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики [1].

В начале учебного года все студенты проходят медицинское обследование, по результату которого распределяются по трем основным группам: основная, подготовительная и специальная.

В основную группу зачисляются студенты, не имеющие существенных отклонений в здоровье, с хорошей физической подготовленностью.

Подготовительная группа состоит из учащихся с небольшими отклонениями по состоянию здоровья или недостаточном физическом развитии, которых при улучшении этих факторов, после дополнительного медицинского обследования переводятся в основную.

Студенты, имеющие существенные ограничения по состоянию здоровья или недостаточное физическое развитие, по медицинским показаниям относятся к специальной медицинской группе.

Содержание адаптированной физической культуры студентов ВУЗов, отнесенных к специальной медицинской группе, осуществляются на учебных и внеучебных занятиях.

Учебные занятия являются основной организационной формой физического воспитания, проводятся по специальным учебным программам, по отдельному расписанию. Планирование и регулирование функциональной нагрузки в СМГ происходит в соответствии с индивидуальными возможностями организма занимающихся.

Физические упражнения на внеучебных занятиях выполняются самостоятельно в режиме дня, они включают в себя утреннюю гигиеническую гимнастику, физкультурные минутки и паузы, домашние задания, комплексы упражнений по профилю заболевания.

Организация специализированного педагогического процесса, т.е. адаптивного физического воспитания, направленно не только на развитие физических качеств и способностей молодых людей с различными заболеваниями, но и на достижение определенного уровня физического развития. Индивидуальный подход к каждому студенту способен принести улучшение его здоровья и не причинить еще большего вреда, обязательной остается установка на достижение оздоровительного эффекта.

Одной из основных проблем адаптивного физического воспитания студентов с различными заболеваниями является борьба с последствиями гиподинамии, активизация всех сохраненных функций и систем организма, профилактика заболеваний.

Необходимо использовать различные средства и методы адаптивного физического воспитания для коррекции физических нарушений, стимулирования необходимых действий, осуществления профилактики, т. е. организации комплексной реабилитации для полноценного существования в обществе.

Занятия адаптированной физической культурой должны способствовать формированию учащимися своих возможностей, уверенности в своих силах, готовности преодолевать необходимые трудности, физические нагрузки.

Преподаватели и специалисты обязаны помогать студентам освоить умения и навыки психосоматической саморегуляции, поддержания необходимого уровня функционирования своих органов и систем организма, внушить потребность в систематических занятиях физическими упражнениями, для улучшения своего здоровья. Различные медицинские состояния, сопутствующие расстройства, отсутствие мотивации к двигательной деятельности приводят к ухудшению физического состояния.

Недооценка возможностей адаптивной физической культуры в коррекции состояния здоровья учащейся молодежи приводит к их освобождению от занятий физическими упражнениями, что способствует утрате ценностей здорового образа жизни и физической культуры [2].

Главный оценочный критерий, это улучшение физического здоровья и физической подготовленности для каждого студента с ограниченными возможностями.

Нужно также обращать внимание на следующие дополнительные критерии: ежедневные физические упражнения, постепенное увеличение их объема и интенсивности, переход от одного уровня сложности к другому, приобретение знаний и навыков, используемых на практике студентами, систематическом повторении ранее усвоенных упражнений.

Отсутствие двигательного опыта, инертность характера и поведения, отсутствие воли, социальная неловкость, неуверенность в успехе, отсутствие семейных традиций, отсутствие специальных знаний, необходимой информации, специальной литературы, спортивных и оздоровительных программ и рекомендаций, отсутствие места для учебы и т.д., все эти проблемы все еще существуют для студентов с ограниченными возможностями, однако в то же время различные виды адаптивной физической культуры являются уникальными формами интеграции, которые не могут быть заменены другими видами деятельности людей.

По данным различных исследований установлено, что практически не существует заболеваний (за исключением острых стадий), при которых адаптивное физическое воспитание неэффективно. Эффект зависит от правильного выбора упражнений с необходимой интенсивностью и расписанием, интервалами для отдыха и другими факторами.

### **Библиографический список**

1. Аксенова О.Э. Адаптивная физическая культура в школе. СПб., 2003.
2. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура (цель, содержание, место в системе знаний о человеке) // Теория и практика физ. культ. 1998. № 1. С.12-25.

**Кефер Н.Э.**, доцент

Казахская академия спорта и туризма

г. Алматы, Республика Казахстан

**Кудашова Л.Р.**, доктор биологических наук, профессор

Казахская академия спорта и туризма

г. Алматы, Республика Казахстан

**Андреюшкин И.Л.**, доцент

Казахская академия спорта и туризма

г. Алматы, Республика Казахстан

**Геймор Е.В.**, учитель, КГУ СКШИ №2

г. Алматы, Казахстан

**Новикова А.О.**, учитель, КГУ СКШИ №2

г. Алматы, Республика Казахстан

**Саттарова А.А.**, преподаватель

Казахская академия спорта и туризма

г. Алматы, Республика Казахстан

### **ВЛИЯНИЯ ЗАНЯТИЙ ЛФК НА УРОКАХ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В СПЕЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЕ НА ДВИГАТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ДЦП**

***Аннотация.** В статье рассматривается опыт работы учителей в коррекционной школе со школьниками, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата. Статья посвящена актуальной проблеме коррекционного развития детей младшего школьного возраста с особыми образовательными потребностями в обучении средствами лечебной физической культуры. Цель научной работы дать анализ эффективности коррекции двигательных функций младших школьников с заболеванием детского церебрального паралича (ДЦП) на уроках физической культуры средствами лечебных физических упражнений (лечебной физической культуры). Для решения поставленной цели применяли тесты педагогические по оценки мелкой моторики, антропометрические данные для определения физического развития и статистические методы исследования для анализа эффективности применения ЛФК у младших школьников с заболеванием ДЦП. В эксперименте участвовали четырнадцать обучающихся 8-9-летнего возраста. Систематические занятия лечебной физической культурой привели к повышению эффекта физического оздоровления с помощью коррекционных упражнений.*

***Ключевые слова:** ДЦП, гиперкинетическая форма, коррекция двигательных нарушений, дети младшего школьного возраста*

### **БЦС АУРУЫМЕН АУЫРАТЫН ТӨМЕНГІ СЫНЫП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ҚОЗҒАЛЫС ФУНКЦИЯЛАРЫНА АРНАЙЫ ТҮЗЕТУ МЕКТЕБІНДЕГІ ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ САБАҚТАРЫНДА ЕДШ-мен АЙНАЛЫСУДЫҢ ӘСЕРІ**

***Аңдатпа.** Мақалада тірек-қимыл аппараты бұзылған оқушылармен түзету мектебіндегі мұғалімдердің жұмыс тәжірибесі қарастырылады. Мақала емдік дене мәдениеті құралдарымен оқытудағы ерекше білім беру қажеттілігі бар кіші мектеп жасындағы балалардың түзеле дамуының өзекті мәселесіне арналған. Ғылыми жұмыстың мақсаты дене шынықтыру сабақтарында емдік дене жаттығулар (емдік дене шынықтыру) құралдарымен балалар церебралды сал ауруымен (БЦС) бастауышы сынып оқушыларының қозғалыс қызметін түзетудің тиімділігіне талдау жасау.*

Қойылған мақсаттарды шешу үшін шағын моториканы бағалау бойынша педагогикалық тесттер, дене дамуын анықтау үшін антропометрикалық деректер және БЦС ауруымен төменгі сынып оқушыларында ЕДШ қолданудың тиімділігін талдау үшін зерттеудің статистикалық әдістері қолданылды. Экспериментке 8-9 жастағы он төрт оқушы қатысты. Емдік дене шынықтырумен жүйелі айналысу түзету жаттығуларының көмегімен денені сауықтыру әсерінің артуына алып келді.

**Түйін сөздер:** БЦС, гиперкинетикалық форма, қозғалыс бұзылыстарын түзету, төменгі сынып жасындағы балалар

## THE INFLUENCE OF THERAPEUTIC PHYSICAL TRAINING AT PE LESSONS AT SPECIAL CORRECTION SCHOOL TO MOTOR FUNCTIONS OF PRIMARY SCHOOL STUDENTS WITH CEREBRAL PALSY

**Abstract.** This article describes the experience of teachers who works at the correction school with orthopedically impaired students. The article is devoted to the actual problem of correction development primary school students with special educational needs with the help of therapeutic physical training methods. The aim of scientific research is to give analysis of correction efficiency for motor functions at PE lessons for students with cerebral palsy. To achieve the goal we use pedagogical tests, anthropometric facts for determining of physical level and statistic methods of researching for analysis of efficiency of therapeutic physical training for students with cerebral palsy. Fourteen students of 8-9 years old had a part in the experiment. The systematic therapeutic physical trainings go to an increase of physical recovering effect with the help of correction exercises.

**Key words:** cerebral palsy, hyperkinetic form, correction of motor disorders, primary school students.

**Актуальность.** Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание центральной нервной системы, которое сопровождается нарушением функций опорно-двигательного аппарата. Согласно литературным данным, показатели случаев заболевания ДЦП напрямую зависят от качества оказания медицинских услуг и образа жизни населения страны. Анализ литературы показал, что статистика ДЦП на 2016г. отличается по странам в расчете на 1000 родов: высокие показатели ДЦП выявлены в РФ 6–8 случаев или 1,2 млн.; в Казахстане 5–9 случаев, общее число 14738 детей, что больше чем в Белоруссии, где 2–3 случая, всего 5000 детей), в Украине 2-3 случая или 20 000 детей, в США 3 случая или общее количество 550 000 детей. В стране ежегодно рождается 1000–1500 детей с таким диагнозом. Реабилитация ДЦП – длительный процесс, направленный на устранение нарушений в организме, таких как: изменения в опорно-двигательном аппарате, дефектов речи, психического развитие [1].

Анализ статистики заболеваний детей ДЦП показывает, что во многих странах и в Казахстане существуют проблема по время обучения в школе по решению вопросов реабилитации и социализации школьников. От учителей физической культуры, получивших знания и компетенции по дисциплине ЛФК требуется особое внимание в решении проблем физической коррекции детей средствами ЛФК.

Характерными особенностями детей с заболеваниями функций опорно-двигательного аппарата (ОДА) являются резкие проявления нарушения координации движений. Гиперкинетическая форма ДЦП в ОДА проявляется в произвольных движениях - гиперкинезах. При гиперкинетической форме ДЦП, именно *гиперкинезы* - являются ведущим двигательным нарушением. Они могут играть как самостоятельный вид расстройств или сочетаться с параличами и парезами [2].

Одним из основных методов коррекции двигательной функции у детей младшего школьного возраста с функциональным нарушением опорно-двигательного аппарата (далее НОДА) является комплекс лечебной физической культуры (далее ЛФК). В

специальной коррекционной школе для детей с ДЦП, работа учителя физической культуры, прежде всего, направлена на лечебно-восстановительную работу по коррекции двигательных нарушений, которые характерны для патогенеза данного заболевания средствами ЛФК.

**Цель** настоящей работы научно обосновать эффективность влияния выполнения комплексов ЛФК на восстановление двигательных функций на занятиях физической культурой у группы младших школьников с гиперкинетической формой ДЦП.

Для решения поставленной цели применяли тесты педагогические по оценки мелкой моторики, антропометрические для определения физического развития и статистические методы исследования младших школьников. В эксперименте участвовало четырнадцать обучающихся 8-9-летнего возраста. Школьников тестировали до начала эксперимента в начале учебного года и в конце его. Исследования проведены в КГУ СКШИ (Специальная (коррекционная) школа-интернат) №2 г. Алматы.

#### **Результаты исследования.**

Задачи коррекции двигательных нарушений дифференцировались таким образом, чтобы составленные комплексы ЛФК способствовали восстановлению функций ОДА по следующим направлениям:

1. Нормализация тонуса мышц.
2. Создание условий для оптимального проявления стато-кинетических реакций и формирование основных локомоторно-статистических функций.
3. Развитие мышечного чувства, «схема тела», пространственных представлений.
4. Предупреждение и активное преодоление патологических установок конечностей (вызывающих деформации в суставах), гиперкинезов, синкинезий и синергий (мешающих формированию четких изолированных двигательных актов);
5. Коррекция статики и локомоций посредством постепенного разрешения вышеперечисленных задач, а также путем систематической тренировки равновесия тела, опороспособности конечностей, развития координации элементарных движений в сложных двигательных комплексах.

Анализ экспериментальной группы младших школьников в КГУ СКШИ №2 показал, что большее количество детей с ДЦП имеют гиперкинетическую форму заболевания (рисунок 1).

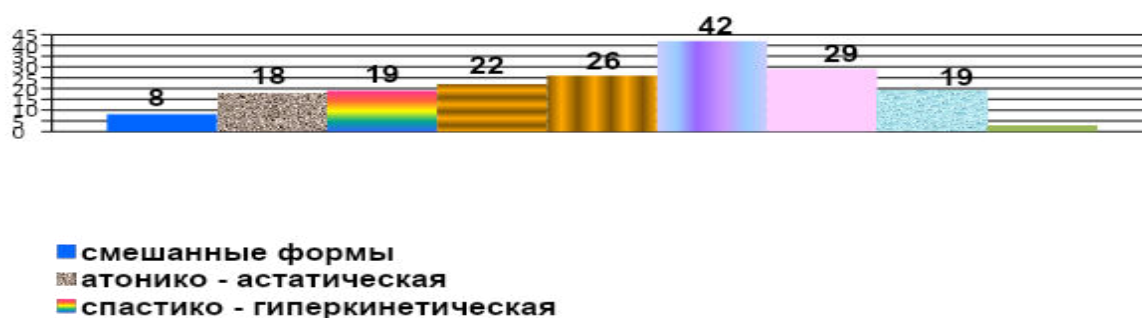


Рисунок 1 - Процент распределения заболеваний по формам ДЦП у учащихся экспериментальной группы 8-9 лет КГУ СКШИ №2

Дети с ДЦП имели сопутствующие заболевания и вторичные нарушения (рисунок 2):

- нарушение слуха. Часто возникают при гиперкинетических формах. Обычно нарушено восприятие высокого тона. Такие звуки, как в, к, с, ф, м ребенок может не употреблять в своей речи. Недоразвит фонематический слух, возможно снижение остроты слуха. Любое нарушение слухового развития приводит к задержке речевого развития;

– нарушение зрения – при ДЦП отражается на снижении остроты зрения, поля зрения, могут возникать аномалии рефракции, косоглазие, парез взора, изменение глазного дна;

– нарушение речи – при очаговом поражении головного мозга, замедлении темпа его созревания, рассогласовании деятельности правого и левого полушария отмечаются разнообразные расстройства формирования речи.



Рисунок 2 - Процент врожденных патологий в развитии, сопутствующих заболеваний наблюдаемых групп младших школьников 8-9 лет с заболеваниями ДЦП

Четкой лечебной программы, которая подходила бы абсолютно всем школьникам не существует, так как проходит болезнь довольно индивидуально.

Основы эффективности использования методики ЛФК при ДЦП, это: регулярность, систематичность, непрерывность, строгая индивидуализация упражнений ЛФК в соответствии со стадией заболевания, его тяжестью, возрастом ребёнка, его психическим развитием, постепенное строгое дозирование, увеличение физических упражнений

Способы и содержание применяемых упражнений для работы с детьми, исследуемой группы:

1. Растягивание мышц, снятие напряжения в мышцах, расширение диапазона движений;
2. Упражнения взаимного влияния для укрепления ведущих и антагонистических групп мышц;
3. Упражнения на выносливость для поддержания эффективности функционального состояния органов;
4. Тренировка на расслабление для устранения спазмов мышц, устранения судорог;
5. Тренировка для обучения больного нормальной ходьбе;
6. Упражнения на сопротивление, постепенное увеличение, тренировка на сопротивление для развития мышечной силы;
7. Упражнения на подъём по наклонной плоскости для улучшения равновесия и двигательной силы.

Проведены исследования и сравнительный анализ результатов тестирования по ЛФК в течение учебного года об изменении двигательных функций, антропометрических данных и мелкой моторики за 2018-2019 годы, которые приведены на диаграммах (рисунок 3, 4, 5).

Из рисунка 3 видно, что после педагогического эксперимента уровневые показатели развития мелкой моторики рук у обучающихся 2 классов улучшились с колебаниями роста по разным тестам от 17,3% до 56,3,% с достоверностью ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, после проведенного эксперимента результаты тестов превышают первоначальные, что свидетельствует о положительном влиянии экспериментальной методики на развития мелкой моторики рук и подвижности суставов.



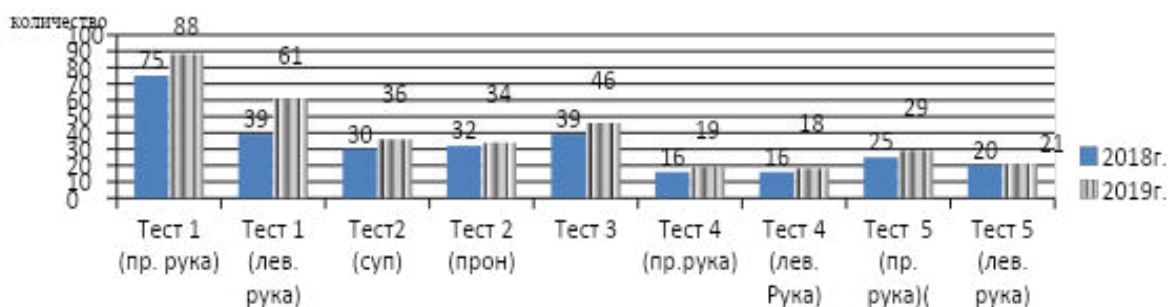


Рисунок 3 – Показатели изменения количества выполненных движений, моторики рук младшими школьниками с заболеванием ДЦП за учебный год ( до и после) занятий коррекционной ЛФК

Из рисунка 3 видно, что после регулярных занятий ЛФК, включавших специальные индивидуальные упражнения, тренажер «Кобра» и «Гросс», произошли видимые изменения двигательных функций в лучшую сторону, хотя не так хорошо, как хотелось бы.

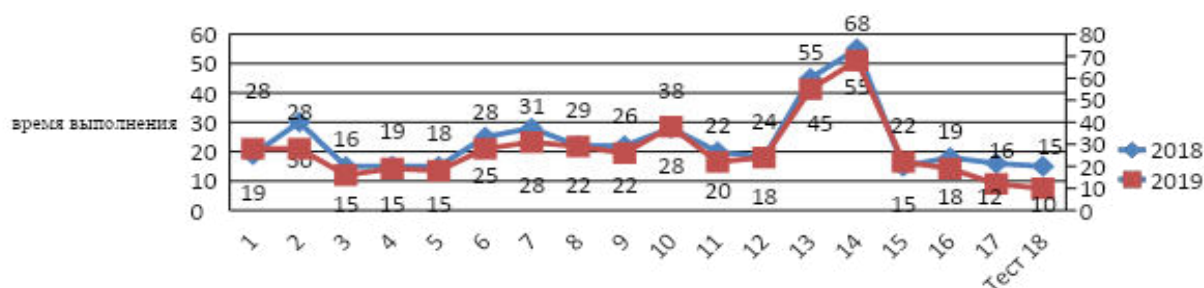


Рисунок 4 - Изменения количества двигательных умений младших школьников с заболеванием ДЦП за учебный год занятий коррекционной ЛФК (1 группа тестов)

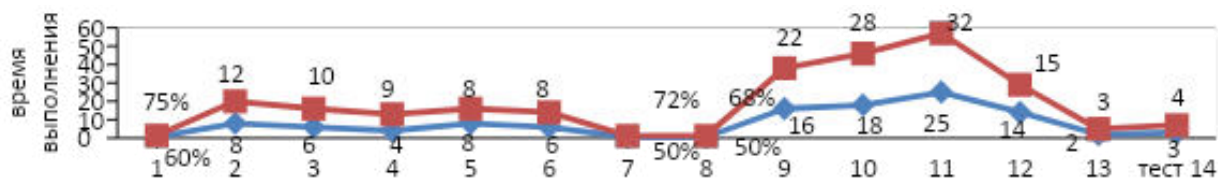


Рисунок 5 - Изменение двигательных умений младших школьников с заболеванием ДЦП за учебный год занятий коррекционной ЛФК (2 группа тестов)

Изменение двигательных умений младших школьников с заболеванием ДЦП за учебный год занятий коррекционной ЛФК позволило установить отсутствие 100% эффекта воздействия и индивидуальное воздействие составляло с 25-55,5% индивидуальными колебаниями прироста показателей и только у 50- 83,3%.

### Выводы

1. Анализ эффективности влияния занятий ЛФК на двигательные функции младших школьников 8-9 лет с заболеванием ДЦП гиперкинетической формы на уроках физической культуры в специальной коррекционной школе показал, что в целом по группам обследованных школьников 8-9 лет наблюдается положительное воздействие, а именно:

- на двигательные умения у 50-83,3% детей с 25-55,5% индивидуальными колебаниями прироста показателей;

- на мелкую моторику рук у 88,9%, с колебаниями роста по разным тестам от 17,3% до 56,3,% с достоверностью ( $p < 0,05$ ),
- на показатели физического развития младших школьников:
- объема грудной клетки на 4,33,-4,56% у 85,7%;
- экскурсии грудной клетки на 7,52% у 28,5%;
- спирометрии на 10,6% у 57,14% .

2. Занятия ЛФК с младшими школьниками с заболеванием ДЦП приводят к овладению большим количеством движений, повышением функционального роста физического развития мышц дыхательной системы, но не в достаточной мере.

Отсутствие 100% эффекта у младших школьников с заболеванием ДЦП использовавших ЛФК для коррекции двигательной функции можно связать с тем, что годичный этап контроля для коррекции слишком велик и могут быть пропущены этапы наступления истинных сроков долговременной адаптации к конкретной нагрузке. Известно, что адаптация систем к физическим нагрузкам у здоровых школьников наступает через 2 месяца для структурных перестройки на уровне мышечной ткани.

Следует включить контроль по мезоциклам, чтобы проследить за эффектом влияния ЛФК на двигательную функцию младших школьников имеющих заболевание ДЦП и раньше выявлять слабые стороны, мало поддающиеся тренировке, и включать другие характеристика объема, интенсивности, темпа выполнения упражнения с целью смены режима для ранней коррекции.

### **Библиографический список**

1. <https://vawilon.ru/statistika-dtsp/>
2. <http://neuro-logia.ru/zabolevaniya/detskij-cerebralnyj-paralich/giperkineticheskaya-forma.html>

УДК 378

**Коптева Т.В.**, преподаватель  
Омский Государственный Медицинский Университет  
г. Омск, Российская Федерация

### **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СТУДЕНТОК СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ КОЛЛЕДЖА**

***Аннотация.** Основная цель работы – поиск эффективных средств и методов оздоровительной тренировки девушек, имеющих отклонения в состоянии здоровья.*

*Для реализации данной цели была предложена реабилитационная программа лечебной физической культуры для студенток 18-23 лет на занятиях специальной медицинской группы в зале ЛФК и бассейне. Эффективность программы - была подтверждена субъективными и объективными методами исследования.*

***Ключевые слова:** оздоровительная тренировка, методы физической реабилитации, оздоровительное плавание, физические качества.*

### **PHYSICAL DEVELOPMENT OF STUDENTS OF SPECIAL MEDICAL GROUP COLLEGE**

***Abstract.** The Main purpose of the work is to find effective means and methods of health training for girls with disabilities.*

*To achieve this goal, a rehabilitation program of physical therapy for students 18-23 years in the classroom of a special medical group in the hall of physical therapy and swimming pool was proposed. The effectiveness of the program was confirmed by subjective and objective research methods.*

**Key words:** *health training, methods of physical rehabilitation, health swimming, physical qualities.*

**Актуальность:** Современный темп жизни, условия социально-экономического кризиса, сложная социально-психологическая обстановка чаще приводят к ухудшению физического состояния, снижению функциональных возможностей, росту неблагоприятных изменений в организме и появлению болезней в молодом и подростковом возрасте. Количество подростков с отклонениями в состоянии здоровья, по данным министерства здравоохранения, составляют от 17 до 28%. Эти цифры постоянно увеличиваются. Налицо ухудшение состояния здоровья молодежи.

Это требует поиска эффективных средств и методов оздоровительной тренировки девушек, обеспечения организации занятий на новом уровне. В существующей научно-методической литературе по оздоровительной тренировке девушек специальной медицинской группы отсутствуют специально разработанные программы, либо нагрузка в них носит поддерживающий характер с очень слабым тренирующим эффектом.

**Гипотеза:** Пути решения проблемы заключаются в разработке комплексной оздоровительной программы с разнообразными средствами и методами тренирующего воздействия, с использованием лечебного плавания, направленными на удовлетворение широкого спектра потребностей девушек.

Желание заниматься спортом, закалывать свой организм иногда не может быть осуществлено немедленно из-за состояния здоровья подростка.

Прежде всего, следует учесть, что при большинстве заболеваний подросткового возраста освобождение от физкультуры не только не помогает улучшению здоровья, но и усугубляет болезненные явления в организме [1]. Тем не менее, обычные занятия по программе, рассчитанной на здорового подростка, при отклонениях в состоянии здоровья должны быть видоизменены и всецело подчинены главной цели - всестороннему восстановлению здоровья. Эти задачи возможно решать на занятиях физической культурой в специальной медицинской группе [2].

Такие специальные группы по физкультуре как правило, организуются для подростков-школьников с заболеваниями внутренних органов (болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, эндокринные) и с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (сколиотическая болезнь, юношеский кифоз, состояние после компрессионного перелома позвоночника и др.) С этой группой занимается преподаватель физического воспитания, а наблюдение за эффективностью таких занятий проводит врач учебного заведения [3].

**Цель** нашего исследования заключается в разработке комплексной программы оздоровительной тренировки для девушек специальной медицинской группы, с использованием лечебного плавания.

**Задачи:**

1. Изучение основных нозологических форм заболеваний в специальной медицинской группе.

2. Исследование функциональных способностей и основных физических качеств девушек в специальной медицинской группе.

3. Исследование эффективности предложенной программы реабилитационных мероприятий, с использованием плавания, в специальной медицинской группе.

**Методы и организация исследования:** Основным методом исследования был научный эксперимент.

Новизна нашего исследования заключается в использовании таких средств, как элементы шейпинга, йоги, авторских методик в совокупности с оздоровительным плаванием.

Наиболее распространены в подростковом возрасте (и в нашем колледже) болезни органов дыхания. Необходимым условием улучшения состояния здоровья являются занятия физической культурой при хронических заболеваниях дыхательной системы. Специальная лечебная физкультура нормализует функции дыхания и повышает приспособительные возможности организма и дыхательной системы к неблагоприятным факторам среды. Для решения этой задачи применяются дыхательные упражнения - специально подобранные дыхательные движения в сочетании с движениями тела. В наших занятиях для профилактики и лечения заболеваний органов дыхания применяется парадоксальная дыхательная гимнастика по методике Стрельниковой. При выполнении упражнений по этой методике, парадокс заключается в том, что при сжатии грудной клетки, во время движения, осуществляется вдох, а не выдох. Что стимулирует развитие и тренировку дыхательных мышц, и дыхательной системы в целом. Однако максимально повысить эффективность тренировки при бронхиальной астме, на наш взгляд позволило применение оздоровительного плавания. Такие упражнения, как ныряние; выдохи в воду; обучение правильному дыханию при плавании способами брасс и кроль на груди; увеличение объема тренировочной нагрузки до 500-600 м – позволяют увеличить объем легких, укрепить дыхательные мышцы, и значительно снизить количество приступов бронхиальной астмы.

Подростки, страдающие деформациями двигательного аппарата, на любой стадии этой болезни находятся под наблюдением ортопеда. В комплексном лечении их, очень большую роль играет лечебная физкультура, которая позволяет исправить некоторые дефекты опорно-двигательного аппарата и добиться успешного лечения их начальных форм: нарушения осанки, искривления позвоночника, заболеваний суставов, плоскостопия, и др. Одной из причин, вызывающих сколиотическую деформацию и способствующих ее прогрессированию, является пониженная силовая и общая выносливость мышц, удерживающих позвоночный столб в вертикальном положении. Их развитие и укрепление лучше всего происходит во время упражнений из исходных положений лежа, когда мышцы освобождены от необходимости статической работы по удержанию туловища в вертикальном положении. [4]. В основном комплексе наших занятий проводятся разнообразные упражнения для брюшного пресса из исходного положения лежа на спине, упражнения в поворотах туловища и приподнимании ног, головы и плеч из положения на боку, упражнения для мышц спины из исходного положения лежа на животе. При использовании плавания, наибольший эффект, на наш взгляд дают все три доступных способа плавания: кроль на груди, кроль на спине, брасс. Мы применяли тренировку с использованием непрерывного метода, а также повторного и увеличение общей нагрузки до 600-800 м. за одно занятие.

Показания к ЛФК весьма обширны. Она может обеспечить наиболее эффективный процесс лечения и может способствовать восстановлению всех функций организма после того, как лечение закончено. Лечебная физкультура положительно влияет и на органы дыхания, сердечно-сосудистую систему и даже зрение, помогает предотвратить воспаление легких в послеоперационный период у "лежачих" больных, нормализовать артериальное давление у гипертоников и гипотоников, и вообще решить очень много так называемых женских проблем. На занятиях в колледже для этого используются перевернутые позы – асаны из йоги. Положительное влияние постепенно увеличивающейся нагрузки при плавании, отмечали студенты с повышенным артериальным давлением 1 и 2 степени, а также, студентки в первой половине беременности. С помощью ЛФК и плавания можно восстановить психоэмоциональный комфорт, помочь при ожирении, нарушении обменных процессов, сахарном диабете, болезнях суставов и т.п. [3].

В эксперименте участвовали 20 девушек колледжа специальной медицинской группы, и 20 девушек основной медицинской группы (в качестве контрольной группы). Эксперимент длился в течение полугодия – с сентября по январь.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Эффективность данной программы исследовалась с помощью тестов, определяющих уровень физического развития и функциональных проб, определяющих состояние основных систем организма.

Значительные изменения были достигнуты в состоянии дыхательной системы: произошло удлинение паузы после вдоха с 54,6% от нормы в начале эксперимента, до 102,5% - после эксперимента. Улучшилось состояние ССС, о чем свидетельствуют снижение пульса в покое в среднем на 9,4 %, снижение реакции ССС на стандартную нагрузку - в среднем на 10,4%, а также ускорение восстановления после нагрузки. Улучшились показатели развития физических качеств. Силовые и скоростно-силовые качества: количество сгибаний и разгибаний рук в упоре лежа на коленях за 30 с - на 20,5%. Сила мышц спины также значительно возросла. Значительно улучшилась гибкость позвоночного столба - возросла величина наклона вперед. Показатели функционального состояния дыхательной системы и развития гибкости стали у девушек экспериментальной группы выше, чем в контрольной группе студенток, относящихся к основной медицинской группе.

#### **Выводы:**

1. Наиболее распространены в нашем колледже заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, гайморит); далее - опорно-двигательного аппарата (сколиоз, остеохондроз, врожденный вывих бедра, артроз); далее - сердечно-сосудистой системы; а также имеются хронические воспалительные заболевания ж.к.т. и мочеполовой системы, заболевания глаз.

2. Необходимо использовать на занятиях специальной медицинской группы методику, комплексного воздействия на основные системы организма, с учетом состояния здоровья при заболеваниях различных нозологических групп, особенно эффективно применение лечебного плавания.

3. Выявлена эффективность предложенной программы. Ее положительное влияние преимущественно проявилось в развитии физических качеств: выносливости, гибкости, координации, силовой выносливости.

#### **Библиографический список**

1. Бальсевич В.К. Онтокинезиология человека. \ В.К. Бальсевич – М.: Теория и практика физической культуры, 2000. 275с.
2. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей \ Л.В. Козлова: учеб пособие. Изд. 7-е - Ростов н/Д.: 2012. 475с.
3. Лисицкая Т.С. Принципы оздоровительной тренировки. \ Т.С. Лисицкая - Теория и практика физической тренировки. М.: 2012. - № 8.
4. Селуянов В.Н., Мякитенко Е.Б. Оздоровительная тренировка по системе ИЗОТОН \ В.Н. Селуянов - СпортАкадемПресс.: 2001. 68с.
5. Центр Научных Изысканий: <http://www.ceninaku.ru>

УДК 376.23

**Құланова Қ.Қ.,** доцент

Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті

Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы

Kulanova64@mail.ru

**Уалиева А.Қ.,** магистрант

Қ. Мұңайтпасов атындағы олимпиада резервінің республикалық мамандандырылған мектеп-интернат-колледжі  
Нұр-Сұлтан қ., Қазақстан Республикасы  
aigera\_diva@mail.ru

## МҮМКІНДІГІ ШЕКТЕУЛІ БАЛАЛАРДЫ ТҮЗЕТЕ-ДАМЫТУДЫҢ ФАКТОРЛАРЫ

*Аңдатпа.* Бұл мақалада мүмкінділігі шектеулі балаларды түзете дамытудың факторлары қарастырылады.

*Түйінді сөздер:* емдік дене шынықтыру, түзету жаттығулары, дамуында ауытқулары бар балалар.

## ФАКТОРЫ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

*Аннотация.* В данной статье рассматриваются факторы коррекционного развития детей с ограниченными возможностями.

*Ключевые слова:* лечебная физкультура, коррекционные упражнения, дети с отклонениями в развитии.

## FACTORS OF CORRECTIONAL AND DEVELOPMENTAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH DISABILITIES

*Abstract.* This article discusses the factors of correctional development of children with disabilities.

*Key words:* physical therapy, corrective exercises, children with developmental disabilities.

Қазақстан Республикасының Білім туралы заңында: «Кемтар балаларды әлеуметтік-медициналық –педагогикалық түзеу арқылы қолдау туралы» жолдауында басты назарда екені айтылды. Психологиялық тексеру –кемтар балалардың психикалық жағдайының ерекшеліктері мен психикалық дамуындағы әлеуметтік мүмкіндіктерінің тиімді жүйесі, оларды оқыту, тәрбиелеу, еңбекке баулу және кәсіби даярлығын шешуде бала мүгедектігінің алдын-алуға бағытталған көптеген көкейтесті мәселелері жан-жақты көрсетілген [1].

Халқымыздың сан ғасырдан бергі даналығына құлақ ассақ «Адамның бақыты - балада» деген екен. Адам өмір бойы қуып жете алмайтын бақыт деген құдіретті сөздің өлшемі өмірінің жалғасы - ұрпағымен келетініне түсінбеуіде мүмкін. «Адам ұрпағымен мың жасайды» деген сөз де тегін айтылмаса керек. Адам өмірінің мәні - өз ұрпағы. Ұрпақтың денсаулығы таза, әрі бір қалыпты болуы баланың рухани жағынан жоғары болуына тікелей байланысты. Рухани биік жетістік тән мен жанның лас қуаттардан тазалануына, ішкі сезімнің оянуына, баланың төзімділігі мен имандылығының артуына басты ықпал етеді. Жас кезден бастап адам өз денсаулығын күтсе, онда оның дені сау, өмірі ұзақ, әрі сырқаты аз болады. Халқымыздың «Жаны саудың тәні сау» – деген мақалы өмірден алынғаны да белгілі, ол сөз талғамы. Денсаулық үлкен байлықтың ішіндегі ең мәртебелісі әрі баға жетпес биігі [2].

Денсаулық – адам өміріндегі ең жоғары бағалы дүние болғандықтан, әр адам баласы өз денсаулығына көңіл бөле қарау қажет, оны орынсыз ысырап етпеу керек, үнемі денсаулықтың қорын көбейтіп отыру керек. Біз денсаулығымызға немқұрайлы қарап, оған үлкен зиян келтіреміз. Әркім өзінің денсаулығының нашарлануына өзі кінәлі. Ауруды ағзаларға жолатпау, адамдардың өз қолында. Сол себепті, әр адам салауатты өмір

салтын қалыптастыру керек. Салауатты өмір салтын ынталандыру әрқайсысымыздың дене тәрбиесімен айналысуымызға, дұрыс тамақтануымызға, зиянды әрекеттерден аулақ болып, тазалық пен санитария шараларын сақтауымыз қажет.

Сондықтан әр бала қайталанбас тұлға болып есептеледі, сондықтан бала, адамгершілік тұрғылық қарым-қатынасқа құқылы. Мүмкіндігі шектеулі балаларды әлеуметтік ортаға енгізудің негізгі бір факторы, ортаны мүмкіндігі шектеулі баланы қабылдауға дайындау.

Мүмкіндігі шектеулі баланы әлеуметтік ортаға енгізудің екі жолы бар. Бірінші жолы, баланы қоршаған ортаға бейімдеу. Бұл жолдың кемшілігі – біржақтылығы. Бұл жолмен керекті нәтижеге жету мүмкін емес, әлеуметтену процесі екі жақтылы болуы керек. Бұл дайындық процесінде интеграцияның объектісі ғана емес, сонымен қатар белсенді субъектісі болу керек. Екінші жолы мүмкіндігі шектеулі баланы әлеуметтік ортаға енгізу дайындығымен бірге, әлеуметтік ортаны мүмкіндігі шектеулі баланы қабылдауға дайындау. Негізгі факторы да осы. Лев Семенович Выготский: «Бала бойындағы кемістігін толықтырудың екі түрлі ерекшелігі бар, оның бірі – бала психикасының даму шамасына орай тәрбие талаптары, екіншісі – кемістігін қалпына келтірудегі өз бойындағы ерекшеліктері мен мүмкіндіктері» – деп атап көрсетеді [3]. Сондай-ақ, ол бала бойындағы кемістікті әлеуметтік жолмен толықтыруға болады деді, ол үшін кемтар балаларға үнемі қамқорлық көрсетіп, оқыту мен тәрбиелеу істерін жүйелі түрде жүргізіп отыру керектігіне ерекше мән берген. Дегенмен, «ерекше» балаларды оқыту мен тәрбиелеу және әлеуметтендіру күрделі мәселе екені бізге анық.

Алайда, мүмкіндігі шектеулі балалар селсоқ, өзіне-өзі сенімсіз, кейбіреулері шектен тыс ызақор болып келеді. Олардың эмоциялары әлсіз, алайда күйзелістері тұрақты, терең болады. Мұндай балалар айқайлауға, жүгіруге, рұқсатсыз зат алуға, шулауға, қырсығуға болмайтындығын түсінбейді. Міне, мүмкіндігі шектеулі балалармен жұмыс істеудің қиындығының өзі де осында.

Жалпы, мүмкіндігі шектеулі балаларға сабақ жүргізетін мұғалімге қойылатын талапта жоғары. Ол мұғалімнің басшылыққа алатын негізгі ұстанымдары:

1. Мүмкіндігі шектеулі бала мен мұғалім арасындағы педагогикалық әдеп пен ынтымақтастықтың сақталуы;
2. Балаларға берілген тапсырманың шектен тыс ауыр болмауы;
3. Балалардың міндетті және мүмкіндік деңгейлерін ескеру;
4. Балаларға сабақ жүргізу барысында тапсырманың бала зердесіне әсер етуін, оның қабылдауын, есте сақтауын назардан тыс қалдырмау;
5. Бала ата-анасымен тығыз байланыста болу;
6. Сабақ жүргізу барысында түрлі ойын элементтерін көбірек қолдану.

Сондықтан да, мүмкіндігі шектеулі балаларға сабақты, көбіне, олардың жанына жақын ойын түрінде өткізу тиімді. Өйткені, мүмкіндігі шектеулі балалардың эмоциялық көңіл-күйі көбінесе ойын және қимыл-қозғалыс әрекетіне көрініс береді.

«Қимылсыз өмір жоқ», – деген халықтық философиялық таным ұрпақтан-ұрпаққа жалғасып келеді. Қимыл-қозғалыс кемшілігінің денеге әсер етпейтін жері жоқ. Аз қозғалыстың салдарынан жоғарғы реттеуші орталық, ішкі ағзалар, шеткері орналасқан қан тамырлары, сүйек буындары т.б. көптеген өзгеріске ұшырайды. Баланың жұмысқа деген қабілеті төмендеп, өзін қоршаған ортаға бейімделу қасиеті кеміп, «тіршілік жүйесі» әлеуметтік және биологиялық құбылыстарға төтеп бере алмай қалады. Гиподинамия (қимылдың кемдігі) ең алдымен ми қыртысын зақымдайды. Оның себебі әрбір қимыл-қозғалыстан бастап, өте күрделі гимнастикалық жаттығуларға дейін, барлығы тек жоғары реттеуші орталықтың бақылауымен ғана орындалады. Сондықтан ми және бұлшық еттер, буындардың қимыл-қозғалысы бір-бірімен тығыз байланыста [4].

Дене жаттығулары – емдік гимнастиканың басты құралы. Бала өмірінде маңызды рөл атқаратын бұлшық еттердің қызметі осыған негізделген. Организм біртұтас дүние екенін барлығымыз білеміз, ішкі ағзалар мен сыртқы бұлшық еттер тығыз байланыста

болса, жоғарғы жүйке жүйесі бәрін қадағалап отырады. Сондықтан қимыл-қозғалыстың тапшылығы (гиподинамия) әртүрлі аурудың пайда болуына әкеледі.

Баланың денесі мен қимыл-ойының дамуына қозғалыс күшті әсер етеді. Баланың қозғалыс белсенділігіне бөгет жасағанда оның жалпы дамуы нашарлайды және кешігеді. Күнделікті тіршілікте орындалатын қимылдардың қосындысын баланың қозғалыс белсенділігі деп атайды. Қозғалыс белсенділігі ұйымдастырған және ұйымдастырылмаған қимылдардан тұрады. Ұйымдастырылған қозғалыс белсенділігіне дене шынықтыру жаттығулары, спорт, сабақ кезінде, белгілі еңбек әрекетіне байланысты пайда болған қозғалыстар жатады. Бала денесі үшін ұйымдастырылған қозғалыстардың маңызы зор. Сондықтан мектептегі балалардың мұндай қозғалыстарын дұрыс жоспарлап іске асыру арқылы балалардың қимыл-дағдыларын қалыптастыруға, саналы қозғалыстарын көбейтуге болады. Ұйымдастырылған қозғалыстар аз болуына байланысты соңғы жылдары балаларда гиподинамияның (лат. *gipo* + *динамика*-қозғалыс) белгілері пайда бола бастайды. Гиподинамия деп бұлшық еттердің қозғалыс белсенділігінің төмендеуін айтады. Бұл көбінесе бала аз қимылдағанда пайда болады. Қозғалыс белсенділігі тиімді мөлшерден асып кеткенде, мысалы, ауыр жұмыс, мөлшерсіз еңбекпен шұғылданғанда, гиподинамия пайда болады. Гиподинамия организмнің қызметін, қалыпты жағдайын бұзады. Себебі нерв-ет, жүрек-қан тамырлары, тыныс т. б. жүйелердің қызметі осы шектен тыс қозғалыс барысында қалпына келіп үлгермейді де, олардың зорығу белгілері байқалады. Сондықтан балалардың қозғалыс белсенділігін гигиеналық талапқа сәйкес жасына лайықтап ұйымдастырған жөн. Бүгуге қатысатын бұлшық еттері әлсіз болғандықтан және олардың қозғалыс нейрондарының еңбек қабілеті төмен болғандықтан мектепке дейінгі жастағы балалар сурет сабағында немесе басқа сабақта 4-5 минуттан кейін-ақ жиырылатын бұлшық еттері босайды да, мазасыздана бастайды: дұрыс отырмайды, сондықтан омыртқалары қисайып кетуі мүмкін. Әсіресе ұзақ түрегеліп тұра алмайды. Осыған байланысты балаларды 2-3 минуттан артық тік тұрғызуға болмайды.

Өз заманында К.Д.Ушинский былай деп жазды: «Баланың аздап қимылдауына мүмкіндік беріңіз, ал ол сізге тағы да ондаған минуттық зейін сыйлайды» [5]. Сергіту минуты зейінді, бүкіл организмнің әрекет ету жағдайын қалпына келтіруге бағытталған. Дене жаттығуларын орындау немесе қимыл қозғалыс ойындары бұлшық еттердің ширақ жұмыс істеуін туғызады, ал бұл өз кезегінде қан айналысын жақсартады, сол арқылы жүректің жұмыс істеу, тыныс алу интенсивтілігін күшейтеді, симпатикалық жүйке жүйесінің әрекетін, тұтас алғанда миды қанмен қамтамасыз етуді жандандыра түседі. Осылардың бәрі қосылып бала психикасының эмоциялық-жағымды жай-күйін қалпына келтіруге, зейінін, ақыл-ой қызметін, жалпы дене жағдайын арттыруға әсер етеді. Шаршағаны басылып, бала тынығады, қайтадан құлшынып сабаққа кіріседі. Сабақтарды жоспарлау кезінде олардың сипатын ескеру керек. Зейін мен ақыл ойдың өте күшті шырығуын туғызатын есептеу жөніндегі сабақтарды эмоциялық тонусты күшейтетін музыкалық немесе дене шынықтыру сабақтарымен кезектестіру тиімді болады. Әрекетті өзгерту кезінде баланың бірінші сабақ кезіндегі шаршағаны шығады. Сергіту минутын өткізу кезіндегі міндетті шарт таза ауа (фрамуганың, терезенің ашық тұруы, желдетілген бөлме) болып табылады. Сабақ процесіндегі сергіту балалармен сабақ өткізілетін үстелдің жанында отырып немесе түрегеп тұрып өткізілуі мүмкін. Ол бұлшық еттердің жұмысын жандандыратын және көкірек қуысын кеңейтетін кеудені төмен июге, орнында тұрып аяқ басуға құрылған 2-3 жаттығудан тұрады. Бұлардың бәрі 1-2 минуттың ішінде орындалады. Екі сабақтың аралығындағы сергіту қимыл-қозғалыс ойыны немесе жаттығу түрінде өткізілуі мүмкін.

Эмоциялық тонусты ерекше күшейтетін ойындардың ішінде секіріп ойнауды, қуып жетуді, ұстап алуды әртүрлі нұсқаларымен пайдалану тиімді болады. Барлық балаларды ширақ қимылға тарта отырып, бұл ойындар қан айналымын күшейтеді, тыныс алуды тереңдетеді, құрсақ қуысындағы, бас сүйегі мен аяқтағы қанның ұю құбылыстарын



жоюға көмектеседі. Жаттығулардың ішінде иық, белдеу еттерінің, кеуде, аяқтың негізгі топтарын интенсивті жұмыс істеуге тартатын, тұлғаны түзейтін, жүйке жүйесінің қызметін жандандыратын балаларға таныс жаттығулар қолданылады. Мысалы, қолдарды жоғары көтеру, оларды бұлғау, жан-жаққа созу, төмен түсіру; тартылу, жартылай отыру, отыру, аяқты тізеден бұту; кеудені жан-жаққа қисайту, алға-төмен иіліп, ізінше бойды тіктеп түзеу, т. б. Жаттығу аяқталысымен, егер ұзаққа созылмайтын қимыл қозғалыс ойыны өткізілсе, тәрбиеші балаларға немен айналысуы керектігін ескертеді, асықпай өзі орындарын табуды ұсынады.

Мектепте дене жаттығуларымен айналысуларына болатын, іс жүзінде денсаулығы жақсы балалар қатысады. Жиі ауыратын немесе созылмалы ауруы бар балалар үнемі дәрігердің бақылауын қажет етеді. Науқасы асқынбайтын кезеңде олар дене тәрбиесінің жалпы бағдарламасы бойынша айналысуға тиіс. Сырқаттанып тұрғаннан кейінгі сабақтардың алғашқы күндері организмге түсетін ауыртпалық әр бала үшін жеке-жеке төмендетілуге тиіс (қиын жаттығуларды орындаудан босату, әрбір жаттығуларды қайталауды азайту т.б.). Денсаулық жағдайының жақсару дәрежесіне қарай, функциялық сынау нәтижелерін ескере отырып, денеге тиетін ауыртпалықты жайлап өсіру керек. Балалардың денсаулық жағдайы, даму деңгейі, машықтығы өзгеруі мүмкін.

Сондықтан, қайта тексерулер кезінде болған өзгерістерді ескеру, соған сәйкес тағайындалған жаттығуларды ауыстыру қажет. Мысалы, тыныс алатын органдары ауруға шалдығып жазылған балаға жүгіруге, денеге көп ауыртпалық түсіретін басқа да жаттығуларға шек қою керек. Бұлшық етке түсетін ауыртпалықтың лайықты екенін анықтау үшін дене шынықтыру сабақтарында байқаулар жүргізіледі, оның өзінде қажудың сыртқы белгілерін бақылау пайдаланып, хронометрия және пульсометрия (тамыр соғысын анықтау) жүргізіледі. Кезекті немесе арнайы тексеру кезінде дәрігер баланың жүрек-қан тамырлары және басқа да жүйелері қызметінің толық қалпына келгенін бағдарлама бойынша айналысуға рұқсат етеді. Баланың денсаулығы нашарлаған жағдайда, әсіресе, оның бойында функциялық сынақтарға қолайсыз жауап реакциялары болған кезде, дәрігер денеге күш түсетін әрекеттерге уақытша шек қояды. Мұғалім баланың денсаулық жағдайын бағалауда дәрігерге сенімді көмекші болуға тиіс. Түрлі тәртіп кезеңдерінде (ұйқы, ойын, сабақ, тамақ, т.б.) балалармен күнделікті байланыс жасай отырып, ол әрбір баланың денсаулық ерекшелігін ескереді, өзі де түрлі ауытқуларды белсене анықтап отырады. Мұндай бақылаулар әрбір балаға жеке-жеке қатынас жасап, тіпті, баланың денсаулық жағдайындағы өзгерістерді бастапқы сатыларында анықтауға, оларды дәрігерлерге көрсетуге мүмкіндік береді. Мектептің дәрігері балалардың денсаулығы жағдайына берілген бағаны жеткізеді, жалпы және қозғалыс тәртібіне, денеге түсетін күштің мөлшеріне қатысты жеке-жеке нұсқаулар береді. Дене шынықтыру мұғалімдері бұл нұсқауларды денсаулық бетшесіне кіргізіп, әр балаға жеке-жеке қатынас жасайды. Мектептің медбикесі балалардың денсаулығына (топ тәрбиешілерімен біріге отырып), шынықтыру шараларын, дене жаттығуларының, сабақтарының алуан формаларын гимнастика, сабақ, қимыл-қозғалыс ойындары) ұйымдастырып, өткізуге үнемі бақылау жасап отырады [6].

Мектепте сапалы денсаулықты сақтауды іске асыру жағдайлары мынандай түрде жүргізіледі:

*Түзету жаттығулары* – дене шынықтыру-сауықтыру жұмысының әр түрлерінде жүргізіледі. Өткізілу түрі қойылған міндет пен балалардың контингентіне байланысты.

*Саусақ жаттығулары* – барлық сыныптарда өткізіледі. Барлық балаларға, әсіресе тілінде кемістігі бар балалармен жүргізу ұсынылады. Кез-келген ыңғайлы уақытта өткізіледі.

*Тыныс алу жаттығулары* – дене шынықтыру-сауықтыру жұмысының әр түрлерінде желдетілген бөлмеде өткізілуі тиіс. Педагог балаларға шараны өткізу алдында мұрын қуысының міндетті гигиенасы туралы нұсқау беруі қажет. Тыныс алу жаттығуы балаларға психотерапиялық және сауықтырушылық әсер етеді: зат алмасу процесіне оң

ықпал етеді; орталық жүйке жүйесін қалпына келтіруге жағдай жасайды; бронхтардың дренаждық қызметін жақсартады; мұрынмен дем алудың бұзылысын қалпына келтіреді; көкірек қуысы мен омыртқаның түрлі өзгерістерін түзетеді.

#### **Күтілетін нәтиже:**

- Ата-аналардың және ДМШ балалардың заңгерлік сауаттылығы көтеру;
- Ата-аналардың және балалардың байланысу шеңберін кеңейту, әлеуметтік оқшаулауды жеңу;
- ДМШ балалардың ата-аналарының психикалық және физиологиялық денсаулығына зиянсыз күйзеліс жағдайын жеңу;
- Дамуында ерекшелігі бар балаларға бірдей қарауды қалыптастыру;
- Үй жағдайында балалармен оңалту жұмысының тәсілдерін меңгеру;
- Отбасының салауатты өмір салтын ұйымдастыру және қалыптастыру;
- Әртүрлі жастағы балалардың әлеуметтік тәжірибемен байыту мақсатында байланысуын ұйымдастыру, сонымен қатар ата-аналарының байланысын нығайту;
- ДМШ балалардың және ата-аналарының біріккен бос уақытты ұйымдастыруды дағдыландыру.

Қорыта айтқанда, бала – ата-ана – педагог, отбасы және білім беретін ұйымдар арасындағы сабақтастықтың ойдағыдай жүзеге асуы тұлғаның әлеуметтік бейімделуінің алғы шарттарының бірі болмақ. Біз, балалар үшін бала өз әрекетінің қатысы мен керектігін сезінетіндей жағдай жасауымыз керек.

Жүсіпбек Аймауытов «Мұғалім істеген ісі өнімді, берекелі болуын тілесе, әуелі өз қызметін шын көңілмен жақсы көрсін» деген екен. Олай болса, өз мамандығын шексіз сүйе білген маман иесі ғана үздіксіз ізденіс пен асқан шыдамдылық, қажырлы еңбектің арқасында баланың біліміне, оның болашағына үлкен сәулесін түсіріп, бала өмірін дұрыс бағытқа бағыттары сөзсіз.

#### **Библиографиялық тізім**

1. Қазақстан Республикасындағы Білім беруді дамытудың 2011-2020 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы. - Астана, 2010.
2. Ахмедалиева, Д. У. Мүмкіндіктері шектеулі балалармен жұмысты ұйымдастыру // Әлеуметтік педагог. – 2010.-№1. – . 15-17б.
3. Алферова Г. В. Новые подходы к коррекционно-развивающей работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Дефектология – 2008- №3.
4. Кушербаев А. Психикалық дамуы тежелген балалармен жүргізілетін түзете дамыту жұмыстарының ерекшеліктері //Дефектология. 2011. №3. 17 б.
6. Шипагерлік баян.- Алматы, 2012.

УДК 378

#### **Макиевская Н.В.**

Государственное бюджетное образовательное учреждение школа № 584 «Озерки»  
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация  
olgamakievskaya@mail.ru

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РПК «АТЛАНТ» ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЦП НА УРОКАХ АФК НА БАЗЕ ШКОЛЫ № 584 «ОЗЕРКИ»**

*Аннотация. В данной статье рассматриваются возможности использования РПК «Атлант» в условиях школы. А так же описывается проект по применению*

костюма «Атлант» на уроках АФК, который был разработан учителями школы для обучающихся с детским церебральным параличом.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, интеграция, реабилитационный пневмокостюм.

## THE USE OF THE PKK "ATLAS" FOR CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY IN THE CLASSROOM AFK ON THE BASIS OF SCHOOL № 584 «LAKES»

**Abstract.** This article discusses the possibility of using the PKK "Atlant" in a school. And also describes the project on the use of the suit "Atlant" in the lessons of AFC, which was developed by the teachers of the school for students with cerebral palsy.

**Key words:** cerebral palsy, integration, rehabilitation pneumosuit.

Одной из основных причин инвалидности детей по-прежнему являются болезни центральной нервной системы, в частности детский церебральный паралич (ДЦП).

Интеграция детей с нарушениями развития в общество нормально развивающихся сверстников и взрослых по праву признается специалистами как высшая ступень социально-трудовой и профессиональной адаптации.

В ГБОУ школе № 584 «Озерки» Выборгского района города Санкт-Петербурга обучаются дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА), большая часть обучаемого контингента (87%) – имеют диагноз ДЦП.

Различается несколько форм данного заболевания, однако для всех них характерны следующие патологии двигательного аппарата: нарушенная координация движений, развитие контрактур, гипертонус либо атрофия мышц. Со стороны нервной системы можно наблюдать повышенную эмоциональную возбудимость или напротив инертность психики. Фактического прогрессирования данного заболевания не наблюдается (со второго года жизни ребёнка наступает так называемый период остаточных явлений), но с возрастом некоторые клинические симптомы ДЦП становятся заметнее за счет вторичных нарушений здоровья. Повышенный тонус мышц очень серьёзно ограничивает движения, ухудшается осанка, возникают сколиозы, контрактуры суставов [1].

Реабилитация детей с ДЦП является важной медицинской и социально-экономической проблемой. В реабилитации детей с ДЦП важно выбрать специфические, физические средства восстановительной терапии [2].

Результаты отечественных и зарубежных научных исследований позволили обратить внимание на значимость использования в качестве внешних стимулов центральной нервной системы медицинских технических средств, обладающих свойствами влиять на функциональную пластичность мозга и соответственно на эффективность реабилитации.

В этой связи в Татарстане была разработана методика восстановления двигательных и когнитивных функций – реабилитационное устройство «Атлант», работающее на принципах метода кинезотерапии. На сегодняшний день методика применения реабилитационного нейро-ортопедического пневмокостюма (РПК) «Атлант» вошла в реестр медицинских технологий в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации. РПК «Атлант» используется в медико-социальной реабилитации детей с ДЦП, последствиями инсульта, повреждениями позвоночника и спинного мозга, черепно-мозговой травмы и других заболеваниях, требующих восстановления когнитивных и двигательных функций [3].

Тренинг (реабилитация) в РПК «Атлант» обеспечивает:

- восстановление или компенсацию нарушенных двигательных функций полностью или частично в зависимости от двигательного дефицита и давности заболевания;

- улучшение координации повседневных движений, восстанавливает статико-динамический баланс, позотонический контроль по удержанию позы, активизирует навыки передвижения;

- восстановление нарушенных речевых функций при дизартрии, дислалии, моторной афазии.

Применение данной технологии показало положительные результаты восстановления двигательных функций у детей и подростков с разными формами ДЦП. А так как применение РПК «Атлант» может быть широко использовано не только в стационаре, но и в коррекционных учреждениях, и в домашних условиях. В нашей школе был начат проект по его использованию в целях физической реабилитации учащихся с ДЦП на уроках адаптивной физической культуры (АФК).

Цель проекта: разработка методики использования РПК «Атлант» на уроках АФК в работе с обучающимися с диагнозом ДЦП.

Задачи:

- разработать критерии оценки и систему мониторинга развития двигательных навыков;

- разработать комплекс упражнений, способствующий формированию у обучающихся физиологических двигательных и постуральных образцов;

- разработать комплекс упражнений, способствующий стимуляции двигательных способностей и максимально возможной двигательной самостоятельности;

- провести анализ результатов мониторинга и на его основе составить методические рекомендации по применению РПК «Атлант» на уроках АФК в условиях школы.

Проект состоял из четырёх этапов: подготовительный, практический, исследовательский и заключительный.

На **первом этапе проекта** (подготовительном) учителями АФК совместно с врачами школы (педиатром, неврологом и ортопедом) была изучена научно-методическая литература по теме использования инновационных медицинских технологий в реабилитации детей с НОДА. В медицинской литературе и других информационных ресурсах изучены опубликованные там результаты реабилитации детей с ДЦП после их регулярных занятий в костюме, особое внимание обратили на изучение относительных и абсолютных противопоказаний к применению РПК «Атлант», чтобы в результате работы с ним не получить нежелательных осложнений.

Затем врачами школы был составлен список детей, занимающихся в спортивных секциях, которым не противопоказаны занятия в РПК «Атлант».

В сентябре 2015-2016 учебного года начался **второй этап** (практический) работы над проектом по применению РПК «Атлант» на уроках АФК, в него входило:

1. Распределения костюмов. Так как пневмокостюм «Атлант» обладает широким диапазоном подстройки, то один костюм можно использовать для работы с несколькими учащимися примерно одинаковых физических данных.

2. Составление совместно с врачами ортопедом и неврологом комплексов упражнений в костюме «Атлант» для детей с разной степенью двигательной недостаточности.

4. В начале работы (начало 2015-2016 учебного года) было проведено тестирование двигательных навыков и умений обучающихся, а так же видеосъёмка первого занятия в костюме каждого ученика, для дальнейшего анализа и визуального контроля.

Занятия в РПК «Атлант» проводятся под контролем пульса и артериального давления обучающегося, показатели которых заносятся в журнал учёта. Исходные показатели пульса и давления перед тренингом в костюме должны быть рабочими, т.е. в пределах физиологической нормы для ученика.

**Методика проведения уроков в РПК «Атлант»**

Так как в нашей школе тренинги в РПК «Атлант» проводятся 1 раз в день и не ежедневно, а 3-4 раза в неделю, курс занятий в костюме пролонгируется от 3-х лет и более.

Тренинг в костюме проводился на индивидуальных занятиях. Движения выполнялись в определённой последовательности соответствии онтогенезу развития двигательных навыков [4]. Поэтому, исходные положения в методе давались в следующей последовательности: лежа на спине, на боку, на животе, на четвереньках, стоя и в ходьбе в ортопедическом костюме.

Методика проведения занятия в костюме «Атлант» зависит от тяжести НОДА ребенка:

*1. для детей не способных передвигаться и удерживать позу*

- проводится тренинг по удержанию позы в различных исходных положениях, наиболее доступных для него, обычно в исходном положении на боку, лежа на животе с поднятием туловища с опорой на локти, затем при разогнутых локтевых суставах с опорой на кисти. Осуществляется перекаты туловища с исходного положения на спине, в положение на боку, на живот и обратно. Переход из положения лежа в положение полулежача и после достижения стабильности осуществляется тренинг удержания позы в положении сидя. При хорошей реакции, перевод ребёнка к удержанию позы стоя с поддержкой. Акцент на тренировку зрительно-моторной функции рук.

*2. для детей способных к передвижению с помощью технических средств на небольшое расстояние:*

- ходьба в костюме с опорой на технические средства (ходунки, крабы, трости) – тренировка выносливости;

- выполнение упражнений для тренировки силы мышц верхних и нижних конечностей в исходном положении стоя с опорой;

- специальные упражнения для дифференцированной работы рук и ног.

*3. для детей, способных передаваться без опоры на небольшие расстояния:*

- ходьба в костюме различными способами;

- тренировка, выносливости, координации, равновесия;

- выполнение упражнений для тренировки силы мышц верхних и нижних конечностей в разных и.п.

Постуральная поддержка по мере формирования у ребёнка функциональной независимости передвижения уменьшается через регулируемое давление в эластичных тягах, устроенных в костюме.

**Третий этап** работы над проектом (исследовательский) начался параллельно со вторым этапом. Учителями АФК и врачами школы были определены критерии оценки для динамики наблюдения за детьми при тренинге в пневмокостюме «Атлант».

Таблица 1

Критерии оценки реабилитации РПК «Атлант»

**1. Спасика по шкале Ашворфа:**

Критерии	Начало года	Конец года
В исходном положении		
После занятия в костюме		

**Модифицированная шкала Ашворфа**

Степень	Изменения
0	Нет повышения мышечного тонуса
1	Легкое повышение мышечного тонуса, минимальное напряжение в конце амплитуды движения при сгибании или разгибании пораженной конечности
1+	Легкое повышение мышечного тонуса, которое проявляется

	минимальным сопротивлением (напряжением) мышцы, менее, чем в половине всего объема движения
2	Умеренное повышение мышечного тонуса в течение всего объема движения, но пассивные движения не затруднены.
3	Значительное повышение мышечного тонуса, пассивные движения затруднены
4	Ригидное сгибательное или разгибательное положение конечности (сгибательная или разгибательная контрактура)

## 2. Объем движений:

Критерии	Начало года	Конец года
<b>Объем движений</b>		
В исходном положении		
В костюме		
После занятия в костюме		
<b>Стояние</b>		
В исходном положении		
В костюме		
После занятия в костюме		
<b>Ходьба</b>		
В исходном положении		
В костюме		
После занятия в костюме		
<b>Походка</b>		
В исходном положении		
В костюме		
После занятия в костюме		

По этим критериям проводили тестирование учащихся (оценка после регулярных занятий в костюме 3-4 раза в неделю в течение 9 месяцев). На основании его был проведен промежуточный мониторинг результатов, что позволило определить улучшения двигательных умений и навыков учащихся, занимающихся в течение учебного года на уроках АФК в костюмах «Атлант», и убедиться в эффективности применяемой методики.

Таблица 2

### Промежуточные результаты реабилитации на 2-ой год работы

Количество учащихся, занимающихся в РПК «Атлант»	Положительный результат	Без изменений	Отрицательный Результат
25	18	7	0

**Четвертый этап проекта** (завершающий) были изучены и проанализированы результаты изменения физических возможностей учащихся, которые регулярно занимались на уроках АФК в костюме «Атлант» 4 учебных года. У 72 % -положительная динамика, 28% - без изменений. Показатель «без изменений» для нашего контингента обучающихся является хорошим показателем, так как отсутствует свойственная их основному диагнозу отрицательная динамика. Эти результаты позволили признать используемую методику занятий в РПК «Атлант» эффективной.

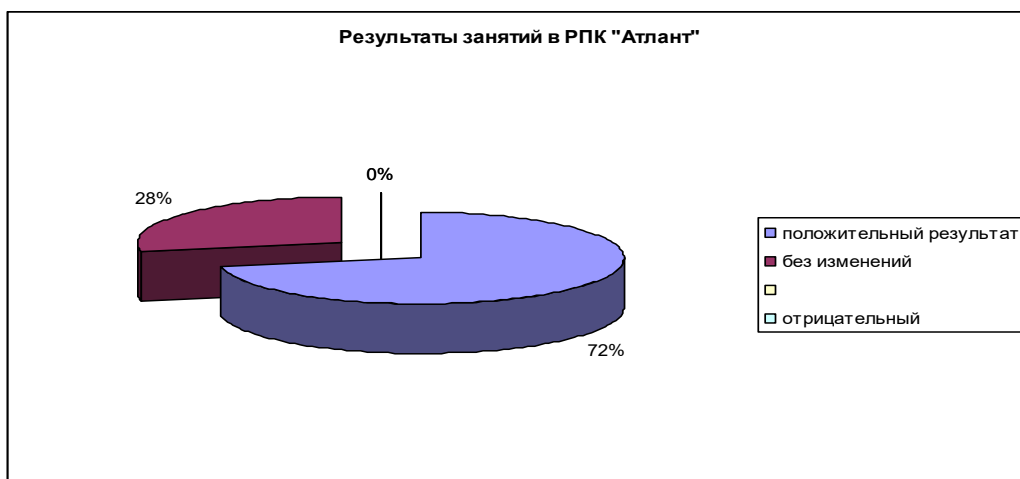


Рисунок 1. Результаты занятий в РПК «Атлант» в %

**Выводы:** применяемый в нашей школе метод физической реабилитации детей с НОДА в РПК «Атлант» в целом даёт положительную динамику развития двигательных качеств. Благодаря увеличению двигательных возможностей, нормализуется тонус мышц, развиваются психомоторные навыки, улучшаются ориентировки во времени и пространстве, повышается самооценка, уверенность в себе, в своих возможностях, что способствует улучшению социальной адаптации.

### Библиографический список

1. Бадалян Л.О. Невропатология. – М.: Просвещение, 2006.77с
2. Ефименко Н.Н., Сермеев Б.В. Содержание и методика занятия физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом. – М., 2001.
3. Исанова В.А. Нейрореабилитация: Руководство по медико-социальной и педагогической реабилитации. Казань: «Плутон», 2004.
4. Мастюкова Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. – М., 1991.
5. Потапчук А.А. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения ОДА (при заболевании ДЦП). Методическое пособие. – СПб: СПбП АФК им. П.Ф.Лесгафта, 2003.

УДК 796.011

**Мамбетов Қ.Ш.**, дене шынықтыру мұғалімі  
 «Алматы қаласының психоневрологиялық ауытқулары  
 бар мүгедек балаларға арналған күндіз болу орталығы» КММ  
 Алматы қ., Қазақстан Республикасы  
 centrdpd@mail.ru

### МҮМКІНДІГІ ШЕКТЕУЛІ БАЛАЛАРМЕН ДЕНЕ ТӘРБИЕСІ САБАҒЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ӨТКІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*Аңдатпа:* Мүмкіндігі шектеулі балалардың дене дамуын қалпына келтіру барысында дене шынықтыру сабағында түрлі әдіс тәсілдерді қолдану қажеттілігі қарастырылады.

*Кілтті сөздер:* Бейімдеу-сауықтыру жаттығулары, вариативті құрылым.

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

*Аннотация.* При восстановлении физического развития детей с ограниченными возможностями рассматривается необходимость применения различных методов на уроках физической культуры.

*Ключевые слова:* адаптационно-оздоровительные упражнения, вариативная структура.

## FEATURES OF THE ORGANIZATION AND CONDUCT OF PHYSICAL EDUCATION WITH CHILDREN WITH DISABILITIES

*Abstract:* When restoring the physical development of children with disabilities, the need to use different methods in physical education lessons is considered.

*Key words:* adaptation-improving exercises, variable structure.

Қазақстан Республикасының Президенті Қасым-Жомарт Тоқаев «Сындарлы қоғамдық диалог-Қазақстанның тұрақтылығы мен өркендеуінің негізі» атты Қазақстан халқына Жолдауында: Мүмкіндігі шектеулі баласы бар отбасылармен де ерекше жұмыс жүргізген абзал. Тек ресми статистикаға сүйенсек, елімізде мүмкіндігі шектеулі 80 мың бала бар. Үкімет сал ауруына шалдыққан балаларды медициналық, әлеуметтік тұрғыдан қолдау жұмысына маңыз беруі тиіс. Шағын және орта оңалту орталықтарын кеңейту керек. Олар балалар үшін қолжетімді жерде болуы міндетті деп атап көрсетті. Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы – жоғары бағалы құндылық, және ұлттың өркендеп, өсуі ең бірінші кезекте балалардың денсаулығынан басталуы қажет.

Қазіргі таңда мүгедек балалардың денсаулығы өзекті мәселеге айналып отыр. Мүгедек жандардың дене дамуын қалпына келтіру барысында дене шынықтыру және спорт мүмкіндігі шектеулі адамдар үшін маңызды орын алады. Қазіргі уақытта дене тәрбиесінің биімделуінде негізгі бағыт жүйке физикалық дамуына негізделіп отыр. Мүмкіндігі шектеулі балалардың жаһандық сұраныстарға сәйкес толық әлеуметтік мәдени қажеттіліктермен қанағаттандыру мәселесі мамандардың назарын аударуда. Мәселе дене дамуы, жұмысқа қабілеттілігі мен өмір сүру мүмкіндіктерін арттыруға бағытталған дене жаттығуларымен әр түрлі топқа жататын мүгедек балалармен бір уақытта бір жерде сабақ жүргізу үрдісінде дене тәрбиесінің қандай формалары мен әдіс-тәсілдерін қолдану қажеттілігін негіздеуге тіреледі. Сауықтыру топтарында бірге айналысатын мүмкіндігі шектеулі балаларды бейімдеу және сауықтыруға арналған дене шынықтырудың түрлі әдіс-тәсілдерін қолдануға деген қажеттілік, ал екінші жағынан аталған топ өкілдерімен бейімдеу-сауықтыру сабақтарын жүргізудің тиімді әдістерінің дамуы.

1. Мүмкіндігі шектеулі балалармен жүргізілетін сауықтыру дене тәрбиесі әдістемесі жаттығушыларының бірдей мүмкіндіктерін ескеретін базалық және жекеленген қасиеттерін есепке алатын белгілі бір топқа байланысты бағытталған вариативтік құрылымды құрамына кіргізілді.

2. Мүмкіндігі шектеулі балалармен жүргізілетін сауықтыру дене тәрбиесінің базалық құрылымына жүру, жай жүгіру, бір орында тұрып жасалатын жалпыдамытушылық жаттығулар, иілу, бұрылу, айналу, секіру, тыныс алу жүйесіне арналған жаттығулар, қайта қалыпқа келтіруге бағытталған жаттығулар икемділік, жүктемені біртіндеп арттыру негізінде ойын түрінде қайталау әдісі арқылы жасалатын жаттығулар.

3. Мүмкіндігі шектеулі балалармен жүргізілетін сауықтыру дене тәрбиесінің вариативті құрылымына мүгедектердің денсаулығындағы өздеріне тән бұзылым белгілерін есепке алатын емдік дене шынықтыру: біртіндеп жүктемені арттыру негізінде



секіртпемен, доптармен, спорттық жаттығу құрылғыларында біркелкі, қайталанып орындалатын түзетуші гимнастика жаттығулары.

Балалардың дене жаттығуларын орындаулары үш баллдық межеде бағаланды:

1 балл – балаға үнемі мұғалімнің көмегі қажет. Қозғалыс үйлесімсіз, нақты, дәл емес. Бір қимылдан екіншісіне ауысуда қатты ауырсынады. Баланың белсенділігі төмен.

2 балл – балаға мұғалімнің көмегі тек кей жағдайларда ғана қажет. Қозғалыс-қимыл анағұрлым нақты, дәл, үйлесімді. Бірінші топтағымен салыстырғанда баланың қозғалысы белсендірек.

3 балл – бала мұғалімнің көмегін қажет етпейді. Қозғалыстары дәлме-дәл, нақты, өте үйлесімді. Бір қимылдан екіншісіне ауысу деңгейі жоғары. Бала белсенді. Алайда бұл топқа жататын бала сыналушылар арасынан табылған жоқ.

Алынған нәтиже бойынша балалар екі топқа бөлінді. Бірінші топқа екі балл жинаған- яғни қозғалыс дағдыларының деңгейі орташа балалар кірді, ал екінші топқа бір балл жинаған – яғни қозғалыс дағдысының даму деңгейі төмен балалар жатады.

Алынған деректерді салыстыра келе мынадай қорытындыға келеміз. Өткізілген сабақтар тәжірибелік топтардағы балалардың қозғалыс белсенділігіне оң әсер етеді, жоғары нәтижеге қол жеткізуге уақыттың тапшылығы, балалардың бойындағы жекеленген ауытқушылықтар кедергі келтірді. Ұсынылған әдістің тиімділігі анықтау мақсатында тәжірибелік және бақылау топтарындағы балалардың қимыл-қозғалыс дағдысына салыстырмалы түрде бақылау жүргізілді. Бақылау тобы он адамнан құралды, құрамдағы балалардың жас шамасы тәжірибелік топтағы балалардың жасымен сәйкес келді. Топтың құрамына буын қимылы бұзылуы түрлі дәрежедегі және бұзылудың ауырлық сатысы әр түрлі деңгейдегі балалар кірді. Буын қозғалысы бұзылған балаларды зерттей келе алынған деректерден мынадай қорытынды шығаруға болады:

- балалардың бойының көрсеткіштері бойынша дене дамуы мен сәйкестік дамуының дегейінің бағасы - орта деңгей;

- балалардың дене салмағының көрсеткіштері бойынша дене дамуы мен сәйкестік дамуының дегейінің бағасы – орта деңгей;

- балалардың кеуде клеткаларының аймағы көрсеткіштері бойынша дене дамуы мен сәйкестік дамуының дегейінің бағасы – төмен деңгей;

- балалардың қол саусақтары күшінің көрсеткіштері бойынша дене дамуы мен сәйкестік дамуының дегейінің бағасы – төмен деңгей;

- балалардың өкпе қызметі сыйымдылығының көрсеткіштері бойынша дене дамуы мен сәйкестік дамуының дегейінің бағасы – төмен деңгей.

Денсаулық күйінің жақсаруына, дене дамуына, дене дайындығына, мүмкіндігі шектелген балалардың психикалық күйінің жақсаруына емдік дене шынықтыру және бейімдік дене шынықтыру ұсынылады. Дене шынықтыру және сауықтыру сабақтары балалардың бірдей мүмкіншілігін ескеріп және вариативтік, жеке мүмкіншіліктеріне бағытталған организмнің жұмыс істеуіндегі жетіспеушіліктерге негізделген. Мүмкіндігі шектеулі балалармен жүргізілетін сауықтыру дене тәрбиесі қызмет алушылардың бірдей мүмкіндіктерін ескеретін базалық және жекеленген қасиеттерін есепке алатын белгілі бір топқа байланысты бағытталған вариативтік құрылымды құрамына кіргізуі қажет.

### **Библиографиялық тізім**

1. Чудная Р.В. Адаптивное физическое воспитание. Киев, 2000ж.
2. Евсеев С.П. Теория и организация адаптация физической культуры. Москва, 2003ж.
3. Шапкина Л.В. Частные методики адаптивный физической культуры. Учебные пособие.

**Нұрсағиев Б. Ж.**, емдік дене шынықтыру нұсқаушысы  
ШҚО білім басқармасының «Ақ ниет» мектеп-интернаты» КММ  
Шығыс Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы

### «АҚ НИЕТ МЕКТЕП-ИНТЕРНАТЫНДАҒЫ ЕМДІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ»

*Аңдатпа.* Бұл мақалада «Ақ ниет» мектеп-интернатындағы емдік дене шынықтыру жұмысы туралы баяндалады. Емдік дене шынықтырудың негізгі әдіс-тәсілдері мен құралдары көрсетілген.

*Түйінді сөздер:* салауатты өмір салты; бейімдік дене тәрбиесі; дене белсенділігі.

### «ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В ШКОЛЕ-ИНТЕРНАТЕ «АҚ НИЕТ»

*Аннотация.* В данной статье описывается работа по лечебной физической культуре в школе-интернате «Ақ ниет». Указаны основные методики, средства и инвентарь лечебной физической культуры.

*Ключевые слова:* здоровый образ жизни; адаптивное физическое воспитание; двигательная активность

### «MEDICAL PHYSICAL CULTURE IN A BOARD SCHOOL «AN NIET»

*Abstract.* This article describes the work on physical therapy at the boarding school “Ak Niet”. The basic methods, means and inventory of medical physical culture are specified.

*Keywords:* healthy lifestyle; adaptive physical education; physical activity.

Қазақстан Республикасы Тәуелсіздігінің 25-жылдығына орай, Шығыс Қазақстан облысы Өскемен қаласында мүмкіндігі шектеулі балаларды жалпы білім беру ортасына «қауіпсіз аймақпен» қамтамасыз етуде алғаш рет елімізде Шығыс Қазақстан облысы білім басқармасының «Мүмкіндігі шектеулі балаларға арналған «Ақ ниет» мектеп-интернаты» коммуналдық мемлекеттік мекемесі ашылды. Мекеменің ашылу мақсаты - ерекше көмекті қажет ететін балаларды шеттеу, оңашалау сияқты іс-әрекет кедергілерін жеңу және қоғамда өмір сүрулеріне әлеуметтендіру, балаларға сапалы, жалпы орта және кәсіптік білім алуларына жағдайлар туғызу. «Ақ ниет» мектеп-интернатында ерекше оқу түрін қажет ететін тәрбиеленушілерге жан-жақты көмек көрсету мақсатында арнайы құрылған мультидисциплинарлық топ жұмыс жасайды. Арнайы топтың құрамына тірек-қимыл аппараты бұзылған балалармен жұмыс жасайтын емдік дене шынықтыру нұсқаушысы да кіреді. Мектеп-интернаттың бастауыш сынып тәрбиеленушілері сабақты мектеп базасында, ал 5-11 сыныптар инклюзивті сыныптар ашылған Өскемен қаласының жалпы білім беру мектептерінде оқиды. Тірек-қимыл аппараты бұзылыстары бар оқушылардың жалпы білім беру мектептерін аяқтаған соң, қаланың техникалық және кәсіптік білім беру мекемелерінде болашақ мамандықтары бойынша білім алып, қоғамда өз орындарын тауып, кедергісіз бейімделулеріне зор мүмкіндіктер бар.

«Ақ ниет» мүмкіндігі шектеулі балаларға арналған мектеп-интернатында тәрбиеленіп жатқан білім алушылардың басым көбінде әртүрлі тірек-қимыл аппараты бұзылыстары бар оқушылар орын алады.

Еліміздің болашағы – білімді ұрпақтың қолында! Қазіргі таңда білім саласында жүргізіліп жатқан реформаның басты мақсаты – ой-өрісі жаңашыл, шығармашылық деңгейде қызмет атқара алатын, дүниетанымы жоғары, жан-жақты қалыптасқан жеке тұлға тәрбиелеу. Бала болашағымыз болғандықтан, сол балаға жүйелі білім беріп, ынта-ықыласын, қабілет-қасиеттерін дамытуда дұрыс бағыттауымыз қажет.

Инклюзивті оқыту – барлық балаларға мектепке дейінгі оқу орындарында, мектепте және мектептен тыс іс-шараларға белсене қатысуға мүмкіндік береді, оқушылардың тең құқығын анықтайды, сонымен қатар ұжым іс-әрекетіне қатысуға және адамдармен қарым-қатынас орнатуға қажетті қабілеттілікті дамытуға мүмкіндік береді.

Инклюзивті білім беру жүйесінде заңнамалық құжаттар және әдістемелік нұсқаулықтармен танысуда білім берудің төмендегі негіздері айқындалады:

- адамның құндылығы оның қабілеттері мен жетістіктеріне байланысты емес;
- әрбір тұлға сезінуге және ойлануға қабілетті;
- әр адам коммуникативтік қарым-қатынас жасауға және өз ойын өзгелерге тыңдатып, бөлісуге құқылы;
- барлық адамдар бір-біріне мұқтаж;
- толыққанды білім нақты қарым-қатынас негізінде жүзеге асады;
- барлық оқушылар өз қатарластарының қолдауына және достығына зәру;
- жан-жақтылық адам өмірін жақсартады.

Инклюзивті білім беру жүйесінің дамуы Қазақстан Республикасының 2011-2020 білім беруді дамыту мемлекеттік бағдарламасының басты бағыттарының бірі болып табылады. Мүмкіндігі шектеулі балалардың өз қатарластарымен бірге білім алу құқықтары Қазақстан Республикасының заңнамаларымен бекітілген. Бүгінгі таңда елімізде инклюзивті білім берудің алғашқы қадамдарын байқауға болады

Инклюзивті білім жағдайындағы балалардың қатарына – тірек-қимыл аппараты бұзылған балалар да жатады. Қазіргі таңда тірек-қимыл аппараты бұзылған мектеп жасындағы балалардың саны жылдан-жылға артуда. Тірек-қимыл аппараты бұзылыстарының көптеген түрлері бар, соның басым көпшілігі балалар церебралды сал ауруы (БЦС), Пертеса ауруы, әртүрлі буын аурулары, омыртқа жотасы бұзылыстары, бұлшықет құрылымының бұзылыстары, майтабандық, валгустық деформация, остеохондроз, сколиоз. Емдік дене шынықтыру сабағына тірек – қимыл аппараты бұзылысы бар балалармен бірге есту, көру, сөйлеу мүшесінде ақаулары бар балаларда қатысады. ЕДШ сабағы топтық және жекелей түрде жүргізіледі. Жекелей түрде тірек-қимыл аппараты бұзылған балалармен жүргізіледі. Таптық жаттығу сабақтары көру, есту, сөйлеу мүшесінің бұзылысы бар және де тірек-қимыл аппараты бұзылысы бар жеңіл түрдегі балалармен жүргізіледі.

Тірек-қимыл аппараты бұзылған балалармен жүйелі түрде жұмыстар жүргізіледі. Оқу жылы басында әр оқушыға жекелей диагностика жұмысы жүргізіліп, бақылау негізінде түзете – дамытушы бағдарлама құрастырылады. ЕДШ нұсқаушысы жұмыс барысын арнайы бағыттағы дәрігер-педиатр, невропатолог мамандарының кеңесіне жүгіне тығыз байланыста жұмыс жүргізіледі. Пән мұғалімдері және педагог-тәрбиешілерге кеңес бере отырып, бірлесе жұмыс жүргізіледі. Тірек-қимыл аппараты бұзылған балалардың ата-аналарымен тығыз байланыста боламын.

Ақ ниет мектеп-интернатында заманауи түрде жабдықталған емдік дене шынықтыру залы тірек-қимыл аппараты бұзылған балаларға ыңғайлы етіп жасалған. Емдік дене шынықтыру сабағына керекті барлық құрал-жабдықтар толығымен қамтылған.

ЕДШ залының негізгі бағыттары:

- тірек-қимыл аппараты бұзылған балалармен емдік дене шынықтыру сабағында оларға қолайлы психологиялық ауа-райы мен түзете-дамыту ортасын құру;
- жекелей және топтық түзету сабақтарын өткізу;
- педагогтер мен ата-аналарға арналған кеңес беру жұмысын ұйымдастыру;
- бейімдеу дене шынықтыру сабағын өткізу.

Емдік дене шынықтырудың негізгі әдістемелері:

- Семенова К.А әдістемесі.
- Бадаляна әдістемесі.
- Бобат (Бобат терапия) әдістемесі.

- Бейімдеу дене шынықтыру әдістемесі.
- Кинезотейпирования әдісі.
- Сенсомоторлық біріктіру әдісі.
- Кинезотерапия.
- Гидрокинезотерапия.

Ақ ниет мектеп-интернатында Бобат әдістемесі және бейімдеу дене шынықтыру әдістемесі қолданылып емдік дене шынықтыру сабағы жүргізіліп келеді. Бұл алынған әдістеме жақсы нәтижелер беріп оқушылардың денсаулығына оң әсерін тигізуде.

Емдік дене шынықтыру сабағында қолданылатын жаттығу түрлері: таңғы гимнастика, емдік гимнастика, мөлшерлі жүріс, механотерапия, қозғалмалы ойындар, спорттық ойындар.

Емдік дене шынықтыру құралдары: дене шынықтыру жаттығулары, жүру, тренажерде жаттығу, суда жүзу.

Емдік дене шынықтыру сабағын қажет ететін санаттағы балалар, тірек-қимыл аппараты бұзылыстары, балалар церебралды сал ауруы (БЦС), орталық жүйке жүйесінің туа біткен кемістігі, Пертеса ауруы, әртүрлі буын аурулары, омыртқа жотасы бұзылыстары, бұлшықет құрылымының бұзылыстары, майтабандық, валгустық деформация, остеохондроз, сколиоз, жүрек-қантамырлар жүйесі, тыныс алу жүйесі, ас қорту жүйесі, травмадан кейінгі, операциядан кейінгі науқастарға емдік дене шынықтыру қажеттілігі бар.

«Ақ ниет» мектеп-интернатында жүргізіліп жатқан емдік дене шынықтыру жұмыстар жайлы ата-аналар үнемі ақпарат алып отырады. Өмірде маңызды функциялардың дамуы, өсіп жетілуі, қозғалыс дағдылары отбасынан басталатындықтан, коррекциялық-дамытушылық жұмыстардың әр қадамы ата-ана назарында болады.

Баланың кемістіктерін түзетуде және дамыту процесіне ата-аналар саналы түрде қатысқан жағдайда, түзету жұмысының оң нәтижесіне және жоспарланған қорытындыға жылдам қол жеткізеді. ЕДШ нұсқаушысы мен ата-ана арасында белгілі бір жұмыс жүйесі қалыптасады. Тәрбиеленушілердің отбасыларымен ынтымақтастықта жұмыс жасаудың да өзіндік әдіс-тәсілдері бар.

Ата аналармен байланыс түрлері жеке және топтық жүйеде, яғни ата-аналар жиналысы, семинарлар, кеңес беру, әңгімелесу, ашық сабақтар, көрнекі насихат, ақпараттық көрмелер, сауалнамалар өткізу арқылы жүзеге асады.

Қорыта айтсақ, жоғарыда көрсетілген жұмыстар арқылы тірек-қимыл аппараты бұзылысы бар әрбір оқушыға өз қатарластарымен толыққанды білім алып, оқу дағдысын қалыптастырып, өмірге кедергісіз бейімделуіне мүмкіндік жасайды.

### **Библиографиялық тізім**

1. Қазақстан Республикасында білім беруді және ғылымды дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған Мемлекеттік бағдарламасы Астана қ., 2016.
2. Сулейменова Р.А Токарева А.С Реабилитация больных детским церебральным параличом средствами лечебной физической культуры - Алматы 2017.
3. В.А Епифанов. Лечебная Физическая культура: учебная пособие. - 2017.

УДК 796

**Потешкин А.В.**, аспирант

Сибирский государственный университет физической культуры и спорта  
г. Омск, Российская Федерация

**Таламова И.Г.**, кандидат биологических наук, доцент

Сибирский государственный университет физической культуры и спорта

## УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ КООРДИНАЦИОННЫХ СПОСОБНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Аннотация.** В статье приведены примеры упражнений, с помощью которых, оценивается развитие координационных способностей детей с детским церебральным параличом I уровня функциональных возможностей по системе классификаций больших моторных функций (GMFCS) с учетом поражения конечностей. Предложена авторская методика по оценке координационных способностей.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, координационные способности, тестовые упражнения.

## EXERCISES FOR ASSESSMENT OF COORDINATION ABILITIES AT CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

**Abstract.** The article provides examples of exercises with the help of which the development of coordination abilities of children with infantile cerebral palsy of the 1st level of functional capabilities according to the system of classifications of large motor functions (GMFCS) taking into account limb injury is evaluated. The author's methodology on evaluation of coordination abilities is proposed.

**Keywords:** cerebral palsy, coordination abilities, test exercises.

Среди распространенных причин детской инвалидности детский церебральный паралич (ДЦП) занимает второе место, после задержки психического развития, с распространенностью 2-ух случаев на 1000 рождённых детей (Cambridge Journals Online — Abstract) и приводит к стойкой утрате функций жизнедеятельности. В большей степени ДЦП проявляется двигательными нарушениями, которые влияют на двигательные возможности. А от двигательных возможностей зависит процесс социализации детей с ДЦП.

Двигательная деятельность является неспецифической и сложной деятельностью, т.к. основывается на развитии физических, анатомофизиологических и психологических качествах. Кроме перечисленных качеств, огромную роль в развитии двигательных возможностей играют координационные способности, т.к. они опосредованно влияют на развитие физических качеств, позволяют выполнять двигательные действия наиболее рационально и эффективно, и с меньшими энергетическими затратами (В.И. Лях, 1986; И.И. Сулейманов, 1986; А.Г. Карпеев, 1998; И.Ю. Горская, 2000).

К сожалению, имеется не так много научно-обоснованных данных, которые позволяют диагностировать развитие координационных способностей у детей с ДЦП. В большинстве случаев имеются тесты по выявлению координационных способностей у здоровых детей [2].

За основу используемых нами упражнений для оценки координационных способностей взята методика Г.И. Дерябиной (2016), которая описывает процесс диагностики каждой координационной способности у спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА) учитывающий зону поражения (верхние или нижние конечности). Если зоной поражения являются верхние конечности, то диагностика координационных способностей проводится нижних конечностей. Если нижние, то диаметрально противоположных [1].

Нами предложен несколько иной подход к диагностике координационных способностей детей с ДЦП: мы предлагаем учитывать сразу обе зоны поражения – и верхние, и нижние конечности, т.к. при заболевании ДЦП, в подавляющем большинстве

случаев, «страдают» все конечности [3]. Часть тестовых упражнений для оценки координационных способностей были нами переработаны с учетом возможностей детей с ДЦП 1 уровня функциональных возможностей по системе классификаций больших моторных функций (GMFCS).

Таблица 1

**Тестовые упражнения по определению координационных способностей детей с ДЦП для верхних конечностей**

Кинестетическая способность и оценка точности двигательных действий			
№	Тестовые задания	Е.И. <sup>1</sup>	Показатели
1	Воспроизведение ½ от величины собственного усилия <sup>2</sup>	кН	
Способность к согласованию и комбинированию движений			
2	Перекладывание мячей	с	
Статокинетическая способность			
3	Пять вращений на вращающемся диске, остановка и кистевая динамометрия	кН	
Способность к сохранению равновесия			
4	Балансирование мячом на наружной стороне предплечья	с	
Темпо-ритмовая способность			
5	Воспроизведение заданного ритма ударов рукой по поверхности	с	
Способность к реагированию			
6	Падающая линейка	см	
Способность к ориентированию			
7	Точность воспроизведения угла поворота для верхней конечности	°	
Сложная реакция или реакция выбора			
8	Зональный теппинг-тест (по О.С. Терентьевой)	с	

Таблица 2

**Тестовые упражнения по определению координационных способностей детей с ДЦП для нижних конечностей**

Кинестетическая способность и оценка точности двигательных действий			
№	Тестовые задания	Е.И.	Показатели
1	Воспроизведение ½ от величины собственного шага	см	
Способность к согласованию и комбинированию движений			
2	Перешагивание через гимнастическую палку	с	
Статокинетическая способность			
3	Воспроизведение ½ от величины собственного шага после вращения на диске	см	
Способность к сохранению равновесия			
4	Проба Ромберга	с	
Темпо-ритмовая способность			
5	Воспроизведение заданного ритма ударов	с	

	ногой по поверхности		
Способность к реагированию			
6	Упражнение реакция – падающий мяч	с	
Способность к ориентированию			
7	Точность воспроизведения угла поворота для нижних конечностей	°	
Сложная реакция или реакция выбора			
8	Зональный теппинг-тест (по О.С. Терентьевой)	с	

Примечание:

1. Е.И. – единица измерения
2. Переработанные тестовые задания с учетом возможностей детей с ДЦП 1 уровня функциональных возможностей по системе классификаций больших моторных функций (GMFCS).

В тестовых упражнениях по определению координационных способностей детей с ДЦП для верхних конечностей (Табл. 1) нами были изменены следующие тестовые задания:

1. «Воспроизведение  $\frac{1}{2}$  от величины собственного усилия» вместо «Бросок мяча без зрительного контроля на расстояние 50% от максимального результата». Условие выполнения: испытуемому предлагается выполнить максимальное сжатие кистевого электронного динамометра (ДМЭР-120-0,5), с последующим сжатием в половину от своей силы без визуального контроля за параметрами давления. Количество попыток – 3. Результат – средняя величина (кН) отклонений трех попыток. Цель изменения тестового задания: возможность выявления кинестетической способности в условиях ограниченного пространства.

3. «Пять вращений на вращающемся диске, остановка и кистевая динамометрия» вместо «Пять вращений на танцевальной коляске и остановка». Условие выполнения: испытуемого, стоя на вращающемся диске, 5 раз вращают вокруг собственной оси с целью раздражения вестибулярного аппарата с последующей кистевой динамометрией, выполненной по правилам 1 тестового упражнения. Количество попыток – 3. Результат – средняя величина (кН) отклонений кистевой динамометрии трех попыток. Цель изменения тестового задания: предложенное Г.И. Дерябиной и соавторами тестовое задание ориентировано на колясочников.

5. «Воспроизведение заданного ритма ударов рукой по поверхности» вместо «Маятник бросок – цель». Условие выполнения: испытуемый запоминает темп, равный 30 ударам за 30 секунд заданный метрономом. Затем испытуемый должен воспроизвести заданный темп за 15 секунд (15 ударов рукой или пальцем по столу). Количество попыток – 3. Результат – средняя разность (с) между заданным временем 15 секунд и временем выполнения задания испытуемым. Цель изменения тестового задания: возможность выявления темпо-ритмовой способности в условиях ограниченного пространства не требующего использования дополнительных средств (гимнастического обруча, мячей, измерительной ленты, скакалки).

7. «Точность воспроизведения угла поворота для верхней конечности» вместо «Точность воспроизведения суставного угла в суставах верхних конечностей». Условие выполнения: испытуемый устанавливает здоровую руку или руку, которая наименее подвержена поражению в центр вращающегося диска с нанесенной на него градуированной шкалой в  $360^\circ$ . Затем он выполняет пять вращений во внутрь рукой на  $90^\circ$  под визуальным контролем запоминая угол поворота. После ему предлагается выполнить 3 вращения рукой на  $90^\circ$  без зрительного контроля. Результат – среднее отклонение ( $^\circ$ ) от  $90^\circ$  в трех попытках. Цель изменения тестового задания: возможность

использования одного вращающегося диска с градуированной шкалой в оценки способности к ориентированию верхних и нижних конечностей.

В тестовых упражнениях по определению координационных способностей детей с ДЦП для нижних конечностей (Табл. 2) нами были изменены следующие тестовые задания:

1. «Воспроизведение  $\frac{1}{2}$  от величины собственного шага» вместо «Прыжок вниз на разметку». Условие выполнения: испытуемому предлагается запомнить расстояние выполненного им максимально длинного шага, с последующим выполнением шага в половину от максимального. Количество попыток – 3. Результат – средняя величина (см) отклонений  $\frac{1}{2}$  шага от половины максимального шага в трех попытках. Цель изменения тестового задания: почти ни один ребенок с ДЦП не способен выполнить прыжок.

3. «Воспроизведение  $\frac{1}{2}$  от величины собственного шага после вращения на диске» вместо «Ходьба по прямой после вращения на платформе. Условие выполнения: испытуемого, стоя на вращающемся диске, 5 раз вращают вокруг собственной оси с целью раздражения вестибулярного аппарата с последующим выполнением максимально длинного шага и шага в половину. Шаги выполняются по правилу 1 тестового упражнения. Количество попыток – 3. Результат – средняя величина (см) отклонений  $\frac{1}{2}$  шага от половины максимального шага в трех попытках. Цель изменения тестового задания: сложность в фиксации достоверных данных при вычислении максимального расстояния от края линии до дальней точки смещения.

4. «Проба Ромберга» вместо «Стойка на полупальцах одной ноги, на бруске, в равновесии». Условие выполнения: испытуемый встает в стойку руки в стороны, ступни находятся на одной линии, носок одной ступни упирается в пятку другой ноги. Здоровая нога или нога, которая наименее подвержена поражению сзади, другая нога спереди. По команде испытуемый закрывает глаза и удерживает вертикальное положение. Подсчет времени прекращается в момент отведения одной из ноги в сторону или открытия глаз. Количество попыток – 3. Результат – среднее время (м) удержания вертикального положения в трех попытках. Цель изменения тестового задания: сложность в удержании статического равновесия на бруске.

5. «Воспроизведение заданного ритма ударов ногой по поверхности» вместо «Воспроизведение заданного ритма прыжков». Условие выполнения: испытуемый запоминает темп, равный 30 ударам за 30 секунд заданный метрономом. Затем испытуемый должен воспроизвести заданный темп за 15 секунд (15 ударов ногой по полу). Количество попыток – 3. Результат – средняя разность (с) между заданным временем 15 секунд и временем выполнения задания испытуемым. Цель изменения тестового задания: почти ни один ребенок с ДЦП не способен выполнить прыжок.

6. «Упражнение реакция – падающий мяч» вместо «Упражнение реакция – мяч». Условие выполнения: перед испытуемым, на уровне груди, устанавливают теннисный мяч. По команде «Внимание» испытатель, в любой момент, отпускает мяч. Задача испытуемого пнуть мяч пораженной ногой или ногой, которая наиболее подвержена поражению после того, как мяч отскочит от пола. Секундомер включается, когда мяч ударяется об пол; выключается – когда испытуемый пинает ногой мяч. Количество попыток – 3. Результат – средняя результат (с) трех попыток. Цель изменения тестового задания: почти ни один ребенок с ДЦП не способен остановить катящийся мяч по наклонной поверхности одной ногой, перенеся вес тела на другую.

7. «Точность воспроизведения угла поворота для нижних конечностей» вместо «Точность воспроизведения суставного угла в суставах нижних конечностей». Условие выполнения: испытуемый встает в центр вращающегося диска с нанесенной на него градуированной шкалой в  $360^\circ$ . Затем он выполняет пять поворотов туловища в сторону, держась за любую опору, на  $90^\circ$  под визуальным контролем запоминая угол поворота. После ему предлагается выполнить 3 поворота туловищем на  $90^\circ$  без зрительного контроля, держась за любую опору. Результат – среднее отклонение ( $^\circ$ ) от  $90^\circ$  в трех



попытках. Цель изменения тестового задания: возможность использования одного вращающегося диска с градуированной шкалой в оценки способности к ориентированию верхних и нижних конечностей.

Апробация данных тестовых упражнений осуществлялась в Сибирском государственном университете физической культуры и спорта (Омск), а также в региональном центре спортивной подготовки по адаптивным видам спорта (Новокузнецк) со спортсменами с ДЦП (плавание, легкая атлетика, конный спорт, пауэрлифтинг, настольный теннис).

Таким образом, данные тестовые упражнения позволяют оценить развитие каждой координационной способности у детей с ДЦП 1 уровня функциональных возможностей по системе классификаций больших моторных функций (GMFCS).

### Библиографический список

1. Дерябина, Г.И. К вопросу о необходимости осуществления контроля развития координационных способностей спортсменов с поражением опорно-двигательного аппарата [Текст] / Г.И. Дерябина, В.Л. Лернер, О.С. Терентьева // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. – 2016. Т. 15. № 3. С. 92-96.

2. Лях, В.И. Координационные способности: диагностика и развитие [Текст]: учебное пособие для студентов / В. И. Лях. – Москва: Дивизион, 2006. – 287 с.

3. Потешкин, А.В. БОС-абилитация детей с детским церебральным параличом [Текст] / А.В. Потешкин, И.Г. Таламова, Е.С. Стоцкая, А.Н. Налобина // Адаптивная физическая культура. – 2019. № 1 (77). С. 38-41.

ӘОК: 796/799.378

**Сейсенбеков Е.К.**, педагогика ғылымдарының кандидаты, профессор м.а.

Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті

Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Yerlan\_fks@mail.ru

**Әшімханов Ғ.Р.**, аға оқытушы

Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті

Алматы қ., Қазақстан Республикасы

**Әбішев К.С.**, п.ғ.к., аға оқытушы,

Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті

Алматы қ., Қазақстан Республикасы

**Погодин В.В.**, аға оқытушы

Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті

Алматы қ., Қазақстан Республикасы

### БЕЙІМДІЛІК ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУДЫ БІЛІМ БЕРУ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ ЕНГІЗУДІҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

*Аңдатпа.* Мақалада мүмкіндігі шектеулі балалардың бейімдеу дене шынықтырумен айналысу мәселелері қарастырылған. Аталмыш балалардың дене тәрбиесі жұмыстарындағы оқу-тәрбие жүйесі өзекті мәселеге айналууда. Басқа елдердегі тәжірибе көрсеткендей, мүмкіндіктері шектеулі балалардың көпшілігіне білім беру элементтері де, іс-қызметтің басқа да түрлері де, атап айтқанда, көптеген дене жаттығулары мен спорт элементтері де қолжетімді болып табылууда. Осыған байланысты, бейімділік дене шынықтыруды белсенді түрде тартуға болады.

*Кілтті сөздер:* бейімділік дене шынықтыру, денсаулығы нашар оқушылар, үйрету әдістері.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВВЕДЕНИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБРАЗОВАНИЯ

*Аннотация:* В статье рассмотрены проблемы занятий детей с ограниченными возможностями адаптивной физической культурой. Для данного контингента детей учебно-воспитательная работа по физическому воспитанию является насущной проблемой. Как показывает практика подобных работ стран ближнего и дальнего зарубежья, для детей с ограниченными возможностями подобные виды деятельности, в том числе, элементы обучения физических и спортивных упражнений, являются достижимыми целями. В связи с этим, в работе с данным контингентом детей можно активно включать адаптивную физическую культуру как средство эффективного выздоровления.

*Ключевые слова:* адаптивная физическая культура, дети с ограниченными возможностями, методика обучения.

## ACTUAL PROBLEMS OF ADAPTIVE PHYSICAL CULTURE INTRODUCTION IN INSTITUTIONS OF EDUCATION

*Abstract.* The article deals with the problems of employment of children with disabilities with adaptive physical culture. For a given contingent of children, educational work in physical education is an urgent problem. As the practice of similar work in the countries of near and far abroad shows, for children with disabilities such activities, including elements of physical and sports training, are achievable goals. In this regard, in working with this contingent of children, you can actively include adaptive physical culture as a means of effective recovery.

*Keywords:* adaptive physical education, children with disabilities, teaching methods.

*Кіріспе.* Дүние жүзілік Денсаулық сақтау ұйымының мәліметтеріне сүйенсек, жер шары бойынша денсаулығы нашар адамдар 10%, яғни, шамамен 650 млн адамды құрайды. Қазақстанда 18 млн-дай халықтың ішінде 417,7 мың адам мүгедек деп табылса, Ресейде 14,5 млн мүгедек адамдар ресми түрде тіркелген [2]. Медицина саласының жетістіктері бола тұра, олардың саны жай болса да, (әсіресе, балалар мен жасөспірімдер арасында) өсіп келеді. Мысалы: АҚШ-та мүгедектер саны 54 млн (19%) болса, Қытайда – 60 млн (5%) құрайды. Дегенмен, Қазақстанда соңғы бес жылда мүгедектер саны 7,5%-ға өсті.

Мүгедектіктің өсуі – әлемдік тенденция. Жылдан жылға дамуы жағынан кенжелеп қалған балалардың саны өсуде. Денсаулығы нашар және дамуы жағынан кенжелеп қалған балалардың саны қазіргі кезде жаңадан туған нәрестелердің жалпы санынан 85%-н құрайды. Аталмыш балалардың өте аз бөлігі ғана коррекциялық жұмыстардың объектісі болып табылады, алайда, бұндай ем алу қажеттілігі бар балалардың саны әлдеқайда көп. Шетелдік статистикаға сүйенсек, ауру балалардың шамамен 9-11% ғана ем алады екен.

Бейімділік дене шынықтыру – бұл мүгедектерді қосқанда, денсаулығында міні бар адамдар үшін дене шынықтырудың бір саласы болып табылады. Ол өзінде мүмкіндігі шектеулі адамдарды кәдуілгі элеуметтік ортаға бейімдеу мен қайта қалпына келтіруге бағытталған, толыққанды өмір сүруге кедергісін келтіретін психологиялық шектеуді жеңетін, сонымен бірге, қоғамның элеуметтік дамуына өз үлесін қосу қажеттігін саналы сезінуден тұратын спорттық-сауықтыру сипатындағы кешенді іс-шараларды атауға болады. Дене жаттығулары ағзаға қуатты түрде әсер ететінін біле, оның бірінші кезекте іс-қимыл аясына тұрақты түрдегі мінді жөндей, мүмкіндіктер диапозонын кеңейтеді. Дене жаттығулары мен арнайы жаттықтыру арқылы сөйлеу қабілеті жақсарады, зияткерлік

тұрғыдағы түйткілі бар балалар күрделі гимнастикалық бағдарламаларды игере бастайды, зағип балалар кеңістікте өзін сенімді түрде ұстауды үйренеді, церебралды сал ауруының ауыр зардабын тартқан балалар жүзу сабақтарынан кейін алғаш рет жүре және сөйлей, мүгедек арбасына таңылғандар спорттың әр түрлерінде жоғары спорттық жетістіктерге жете бастайды [1, с. 47]. Бұл, әсіресе, мүгедектердің спорттық жарыстар жүйесінде, олардың әлеуметтік белсенділік түрі, жеңіс, сауық, беделдік, жанкүйер бола білу, эмпатия және басқа да әлеуметтік құндылықтар туындайтын үдеріс, ерекше құбылыс. Мүгедектер үшін спорт – қызығушылық тудыратын, жаңа адамдарға зейін салатын, психикалық іс-қызметті басқа пернеге ауыстыратын, сергектікті құратын, буырқанды сезім мен көңілді қарым-қатынастардың, көңіл-күйдің ерекше әлемі. Екінші шетінен, бұл мүгедектердің дене жаттығуын эстетикалық тұрғыда қате орындаса да, оны жетілдіруге деген құштарлығын, өзінің жеке дене қасиеттерін, іс-қозғалыс жүйесін өзгерте отырып, жеке стилін құрап, қайталанбас бейнесін жасақтап, оған рухани күш пен ерекше жеңілдік үйлесімдігіне жетуге мән береді. Бұл олардың мінез-құлқына, өмір сүру салтына жаңа дем береді, мүгедектің өзіне деген сенімділігін арттырады, өзін-өзі бағалай алады, қоғамның белсенді мүшесі екендігіне көз жеткізеді [2].

Егер де, сау адамдар үшін қозғалыс белсенділігі күнделікті кәдуілгі қажеттілік болса, ал мүгедек үшін дене жаттығулары ауадай қажет, себебі, олар біруақыттағы дене, психикалық, әлеуметтік бейімделудің өте тиімді амалдары мен әдістері болып табылады. Өртүрлі ауытқулары бар адамдар өздерінің іс-қимыл қабілеттіліктерінің кішкене болса да, жетістіктеріне қатты алаңдайды. Өз сезімдерін шынайы білдіре отырып, жүру, ойнау, жарысу, өзара араласу, жеңу мүмкіндіктеріне бар пейілдерімен қуанады. Бейімделу дене шынықтыру маманының міндеттеріне мүгедектер үшін психологиялық жайлылық, өзара сенімділік, шынайылық, жақсы көру, еркіндік, жеңілдік сезімдерін туғыза отырып, дене жаттығуларынан ләззат алуға мүмкіндік жасау. Аурулар мен мүгедектердің кешенді қайта қалпына келу жүйесіндегі басты мәселелердің бірі – амалсыз қозғалыссыздықтың зардаптарымен күрес, адам ағзасындағы аман қалған барлық қызметтері мен жүйелерінің іс-қызметін белсендіру, гиподинамия мен гипокинезия зардаптарынан пайда болатын көптеген ауру-сырқаулардың алдын алу болып табылады. Ең бірінші кезекте нақ осы мәселені шешуде бейімделу дене шынықтыру (дене қайта қалпына келтіруі, бейімделу іс-қимыл рекреациясы, бейімделу дене тәрбиесі, бейімделу спорты және оның т.б. құрауыштары) көмектеседі [3].

Бейімделік дене шынықтыруы мүгедектердің кешенді қайта қалпына келуінің бірнеше түйткілдерін шешеді:

- мешелдікті психологиялық тұрғыда жеңу түйткілі (буырқанды сезімдік өкпе, шеттету, жабырқаулық, самарқаулық, жоғары деңгейдегі алаңдаушылық, өзі-өзіне деген сенімсіздік және т.б.) немесе керісінше, өз бағасын асыру (эгоцентризм, өрескелдік және т.б.);

- негізгі кемшілігін коррекциялау;

- мүгедектің коррекцияға жатпайтын немесе қайта қалпына келмейтін кемшіліктерді қайыру қажеттілігінен туындаған қозғалыс дағды-машықтарын жаңадан игеру қажеттілігі [4];

- айналысушылардың дене қасиеттері мен қабілеттіліктерін жан-жақты және үйлесімді дамытуы, олардың бейімделу дене шынықтыру амалдары мен әдістерін кеңінен қолдануы арқылы кондициялық мүмкіндіктерін арттыруы.

Бейімделу дене шынықтырудың амалдары мен әдістерінің араласуынсыз (тек өткір жағдайды есепке алмағанда) емделетін аурулардың түрлері жоқ десе де болады. Оның тиімділігі жаттығуларды дұрыс таңдауға, оны орындаудың қажетті ырғақтылығына, мөлшеріне, демалыс жиілігі мен басқа да факторларға байланысты. Мүмкіндігі шектеулі адамға бейімделу дене шынықтыруы әлеуметтік бірлік пен өзінің жеке тұлға ретінде автономиясының тепе-теңдігін табуға мүмкіндік береді [5]. Ғылыми талдаудың объектісі ретінде денсаулық тұрғысында мүмкіндігі шектеулі балалар мен жасөспірімдердің

элеуметтік бейімделуі және қайта қалпына келуінің тиімді технологияларын іздеу түйткілі соңғы жылдары эмбебапты нышандарын тауып, балалар психопатологиясында, дефектологияда, медицина мен валеологиядағы зерттеулердің жақындасуына мүмкіндік бере, белсенді іздестірілуде. Элеуметтік қайта қалпына келу мен бейімделу үдерістеріне заманауи тұрғыдағы көзқарастың болуы дене шынықтыру мен спорттың мүмкіндігі шектеулі балалар мен жасөспірімдер үшін дене, элеуметтік, кәсіби дамуының, барынша өзін-өзі іске асыру мен элеуметтендірудің тиімді технологиялары болып табылатыны айғақ болуда.

Психофизикалық дамудың көзге көрініп тұрған ауытқушылықтары баланың дене және буырқанды сезімдік кеңістіктегі өмір сүруін өзгертеді, табиғи дамуының ырғағын бұзады, қоршаған ортамен толыққанды элеуметтік байланысты қиындатып, тіптен, жоқ етіп жібереді. Бұның кесапаты психо буырқанды сезімдік дамуының қайталанбалы ауытқуына әкеледі, оның ішінде: өз басына деген құрмет сезімінің дамымауы, окшаулылық, психологиялық тұрғыдағы бейкомфортты үнемі сезіну сияқты, элеуметтік қабылдауға тұрмайтын мінез-құлықтың қауіпті нышандары пайда болады [6].

Алайда, кез-келген өмірлік жоспарлар қоршаған ортаны құндылықты қабылдау координаттарының белгілі бір жүйесінде іске асырылатыны белгілі. Егер де, бала немесе жасөспірім өзінің айналасындағы болып жатқан өмірдің мән-мағынасын көрмесе, қабылдамаса, құндылықтар деңгейіндегі қоршаған ортамен байланыс орнатпаса, онда ол заманауи тұрғыда өзінің жеке өмірін жоспарлай алмайды, өздігінше жеке мінез-құлқын құра алмайды. Белсенді дене жаттығулары, спорттық жарыстарға қатысу психикалық тепе-теңдікті қайта қалыптастырады, өзінің күшіне деген сенімділікті арттырады, белсенді өмір сүруге деген талпынысқа мүмкіндік береді. Дене қалпын жетілдіруге, спортпен ұдайы айналысуға деген қажеттілік пайда болады, денсаулық нығаяды, өз денесін меңгеру дағды-машықтары қалыптастырыла бастайды, тұрмыста да, еңбек қызметін іске асыруда да [7] қимыл-қозғалыс дағды-машықтарының диапазоны кеңейеді. Психофизикалық дамуда ауытқуы бар балалармен спорттық-сауықтыру жұмыстары барысында функционалдық көрсеткіштердің де, «бала-социум» жүйесіндегі қарым-қатынастардың да түзетулері (коррекция) болады.

Көптеген жағдайларда мүгедек балалардың дене шынықтыру және спортпен айналысуын, олардың тек қайта қалпына келу амалдары ғана емес, сонымен бірге, өмірлік белсенділіктің тұрақты түрі - элеуметтік қамтамасыздық пен жетістік ретінде қарау қажет. Мүгедектер арасында дене шынықтыру мен спортты дамытудың мемлекеттік саясатындағы дене шынықтыру-сауықтыру бағыттамасына, оның бұқаралығына және осыған байланысты, олардың қоғамдағы элеуметтік-психологиялық бейімделу міндеттеріне, мүгедектердің қимыл-қозғалыс белсенділігін жетілдіруге, олардың дене, психикалық және элеуметтік жағдайларының жақсы болуына міндетті түрде басты басымдық беріледі. Мүгедектердің дене шынықтырумен және спортпен жүйелі түрде айналысуы, олардың ағзасын сауықтырып, тірек-қимыл аппаратының, жүрек-қан тамыры, тыныс алу және ағзаның басқа да жүйелерінің функционалдық мүмкіндіктерін кеңейтіп қана қоймай, сонымен бірге, психикаға оң ықпалды әсер етеді, күш-ерікті жинақтайды, мүмкіндігі шектеулі адамдардың элеуметтік тұрғыдағы қорғауы мен қоғамға пайдалылығы сезімдерін қайта оятады.

Ойын – мүмкіндігі шектеулі балалармен жұмыс істеуде маңызды орын алады. Ойынның жұмбақтылығы мен құндылығының ішкі тамыры тереңге кеткен, себебі, адамның ерте балалық шағынан бастап, кәрілікке бой алдырған кезіне дейін, ойнауға деген құлшынысы: ойыншықтардан бастап, құмар ойындарына дейін – бүкіл өмірі бойы жалғасады. Бұл таңғажайыптың құпиясы адамның психофизиологиялық аясында жатыр. Шынымен де, егер де бала бір қалыпты отырыста ұзақ уақыт бойы отыра берсе, онда оның қимыл-қозғалысқа деген қажеттілігін сезе бастайды. Бала тұла бойынан энергияның буырқанды шығу жолдарын іздей бастайды да, еш бір мақсатсыз қимыл-қозғалыстар жасай бастайды: жүгіреді, секіреді, жұлмаласа итереді. Сөз жоқ, кейбір ойындар

жинақталған энергиядан босануға, қимыл-әрекеттің басқа аяға немесе ойынның басқа түріне ауысуына негізделген [8].

Ойын – бұл ұрпақпен ұрпақты байланыстыратын адамзат мәдениетінің, өмірдің бөлінбес бір элементі.

Ойынның психологиялық негізіне бала жанының сезімдер басымдылығы, оны айқындаудың еркіндігі, шынайы күлкі, көз жасы, қуаныш, яғни, дене тұрғысынан да, психикалық аяда да көрініс беретін баланың табиғи буырқанды сезімдік іс-қызметі болып табылады.

Ойын баланың жеке тұлғасын қалыптастырады. Кішкентай бала – бұл қайраткер.

Мүмкіндігі шектеулі балалар мен жасөспірімдермен жұмыс істеу аясында кейбір мамандар өзінің мектепке дейінгі жастағы балалар үшін футбол-гимнастика бойынша жасақталған және сыннан өткен жеке бағдарламасына сүйенеді. Дене жаттығуларының басым көпшілігі ойын түрінде таңдалған. Осы бағдарлама бойынша балалар оқып-үйрене отырып, жаңа элементтерді тезірек меңгереді, ұзақ уақыт бойы айналысуға деген қызығушылығы сақталады, баланың жұмыс қабілеттілігі артады. Балалар секіргенді, әткеншек тепкенді және доппен ойнағанды жақсы көреді. Ал, дені сау бақытты бала – бұл кез келген ата-ананың арманы.

Фитболда дене жаттығуларын жасаудың оң ықпалды ерекшеліктеріне:

- жағымсыз кері әсердің болмауы (егер де, ойын түрлері мен уақытын дұрыс мөлшерлей білсе);

- ұзақ уақыт бойы қолдану мүмкіндігі;

- ағзаға оң әсер етудің кең диапазоны және әмбебаптығы;

- баланың буырқанды сезімдік қалпына оң ықпалды әсер ету;

- ағза жүйесіне, барлық дене мүшелеріне жігер бере оң ықпал жасау.

Доптармен дене жаттығуларын жасау барысында біруақытта қимыл-әрекет, вестибулярлық, көру және тактильді анализаторлар іске қосылады, өз кезегінде, олар айналысудың оң ықпалды әсерін геометриялық прогрессияда күшейтеді.

Сонымен, мектепке дейінгі жастағы мүмкіндігі шектеулі балалардың дене дамуының ерекшеліктерін ескере отырып, заңды түрде қимыл-қозғалыс дағды-машықтарын, дене қасиеттерін дамытуға болады. Еркін түрдегі қимыл-қозғалыс белсенділігі балаға дене жаттығуларын орындаудан ләззат алуға, оны механикалық түрден қайта қалпына келтіру-сауықтыру түріне ауыстыруға, қорқыныш, беймазалық, тітіркену секілді жағымсыз сезімдерден арылуға, өзінің жеке хал-ахуалы мен тәртібіне ықпал етуге мүмкіндік береді.

*Қорытынды.* Сонымен, орындалған жұмыстардың нәтижесіне орай, жарыстық немесе қайта қалпына келу (рекреациялық) іс-қызмет үдерісінде өз аурулары мен түйткілдерінен басқа салаға барынша зейінін аудару үшін бейімделу спорты, бейімделу іс-әрекет рекреациясы және бейімделу дене шынықтырудың басқа да түрлері араласуды, ойын-сауық құруды, белсенді демалысты және кәдуілгі адам өмірін қызықты да, мәнді өткізуге арналған басқа да түрлерін қарастырады.

### Библиографиялық тізімі

1. Специальная педагогика: учеб.-метод. пособие / сост. С. Б. Нарзулаев, Г. Н. Попов, И. Н. Сафронова и др. Томск: Полиграф. фирма“STAR”, 2006. 147 с.
2. Об учреждениях адаптивной физической культуры и адаптивного спорта (дополнение к Методическим рекомендациям по организации деятельности спортивных школ в Российской Федерации от 21.03.2006 г. № СК-02-10/3685).
3. Рубцова Н. О. К проблеме формирования инфраструктуры системы физической культуры и спорта для инвалидов // Теор. и практ. физ.к-ры. 1998. № 1. С. 16–18.
4. Закон «О физической культуре и спорте в Республике Казахстан».

5. Профилактика отклонений в нравственном развитии и поведении учащихся: Сб. науч. тр. / Под ред. Ю. В. Гербеева. - М., 1991.
6. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура (цель, содержание, место в системе знаний о человеке). // Теория и практика физической культуры, 1998. №1.
7. Профилактика отклонений в нравственном развитии и поведении учащихся: Сб. науч. тр. / Под ред. Ю. В. Гербеева. - М., 1991.
8. Сейсенбеков Е.К. Научно-методическое обоснование внедрения новых организационных форм физического воспитания школьников: дисс...канд.пед.наук.: 13.00.04. Алматы .: 2006. С. 82-100.

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ СПОРТСМЕНОВ В АДАПТИВНОМ СПОРТЕ

УДК 341.1

**Куртев С.Г.**, кандидат медицинских наук  
Сибирский государственный университет физической культуры и спорта  
г. Омск, Российская Федерация  
**Поддубный С.К.**, кандидат биологических наук  
Сибирский государственный университет физической культуры и спорт  
г. Омск, Российская Федерация  
psk@yandex.ru

## ПРОБЛЕМЫ ДОПИНГА В АДАПТИВНОМ СПОРТЕ

***Аннотация.** В статье рассматриваются вопросы, связанные с проблемами в паралимпийской сборной России и Паралимпийском комитете России в связи с использованием спортсменами допинга. По данным за декабрь 2018 года в России насчитывалось 33 паралимпийца, отбывающих дисквалификацию за нарушение антидопинговых правил и два представителя сурдлимпийского спортивного направления (официальные сайты РУСАДА и Паралимпийского комитета России). В качестве одной из главных причин применения допинга спортсменами указываются «значительные материальные стимулы для победителей и призеров крупнейших международных соревнований».*

***Ключевые слова:** адаптивный спорт, паралимпийцы, допинг.*

## ADOPTIVE SPORT DOPING PROBLEMS

***Abstract.** The article deals with issues related to problems in the Russian Paralympic team and the Russian Paralympic Committee in connection with the use of doping by athletes. As of December 2018, there were 33 Paralympic athletes in Russia who were disqualified for anti-doping rule violations and two representatives of deaf sports (official sites of RUSAD and the Russian Paralympic Committee). As one of the main reasons for the use of doping by athletes are "significant financial incentives for winners and prize-winners of major international competitions."*

***Keywords:** adaptive sports, Paralympics, doping.*

Судя по публикациям последних лет, допинг применялся и применяется спортсменами во всех странах. Причиной тому является стремление к достижению призовых мест в соревнованиях, а также материальные интересы спортсменов, тренеров и спортивных организаций [1].

Как показано в аналитических обзорах, 7 августа 2016 года Президентом Международного паралимпийского комитета (МПК) Ф. Крейвенем было объявлено о приостановке членства Паралимпийского комитета России (ПКР) в составе этой международной организации. В результате решения МПК паралимпийская сборная России в полном составе не была допущена до участия в XV летних Паралимпийских играх, проходивших в Рио-де-Жанейро. В дальнейшем паралимпийцы России не были допущены до участия в нескольких чемпионатах мира и Европы по основным видам паралимпийского спорта. Основанием для принятия такого решения исполкомом МПК послужили материалы доклада комиссии Всемирного антидопингового агентства (ВАДА), под руководством профессора Р. Макларена. В частности, в докладе

сообщалось, что в 2012-2015 годах были подменены пробы 45 российских паралимпийцев. Во втором докладе комиссии Р. Макларена утверждается, что пробы шести российских паралимпийцев, победителей XI зимних Паралимпийских игр в Сочи, которые завоевали 21 медаль, были подменены. Данные утверждения сделаны на основании показаний бывшего директора Московской антидопинговой лаборатории Г.М. Родченкова, который из главного обвиняемого в махинациях с допинг-пробами превратился в разоблачителя в коррупции российской антидопинговой системы, а также «обнаружения царпин» на крышках флаконов с пробами, что рассматривалось как признаки их вскрытия [2, 4].

В марте 2017 года, после ознакомления с данными о персоналиях спортсменов, представленных в докладе Р. Макларена, ПРК сделал заявление о несоответствии данных Р. Макларена допинг-пробам российских паралимпийцев. В частности, из 45 объявленных допинг-проб только 28 принадлежали спортсменам-паралимпийцам, остальные пробы взяты у спортсменов из сурдлимпийских и не паралимпийских дисциплин. Кроме того, из 28 проб, относящихся к паралимпийцам, к 17 спортсменам уже были применены санкции (то есть сокрытия применения допинга этими спортсменами не имело места). Из оставшихся 11 проб ни одна не содержала запрещенных субстанций и никаких уведомлений о нарушении антидопинговых правил, указанные спортсмены не получали [2, 4].

Очевидно, что не только нарушения антидопинговых правил паралимпийцами России и, предполагаемые комиссией Р. Макларена, сокрытия подобных нарушений Российским антидопинговым агентством РУСАДА и Московской антидопинговой лабораторией послужили причиной исключения ПРК из состава Международного паралимпийского комитета и отстранения наших спортсменов-паралимпийцев от крупнейших международных соревнований. Немаловажную роль в этом сыграли и спортивные достижения наших паралимпийцев. Особое потрясение у наших зарубежных «партнеров» вызвали спортивные успехи российских паралимпийцев на XI зимних Паралимпийских играх в Сочи. На этих соревнованиях наши спортсмены завоевали 30 золотых медалей (разыгрывалось 72 золотые награды). Общее количество полученных наград разного достоинства достигло 80-ти (всего разыгрывалось 216 медалей). Таким образом, более трети всех разыгрываемых медалей были выиграны паралимпийцами России. По показателю завоеванных наград разного достоинства команда российских паралимпийцев превзошла суммарные достижения четырёх сборных команд стран, следующих за сборной России в итоговом протоколе XI зимней Паралимпиады 2014 года [2].

В чем же причины высоких спортивных достижений российских паралимпийцев? Для специалистов, очевидно, что успехи российских спортсменов-инвалидов заключаются, прежде всего, в их профессиональном отношении к занятиям спортом.

В подавляющем большинстве стран участники паралимпийского движения предпочитают следовать известному принципу, провозглашённому основателем современного олимпийского движения бароном Пьером де Кубертенем: главное не победа, а участие. Такое отношение к участию в спортивном движении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья поддерживается большинством национальных паралимпийских комитетов и МПК. Более значимым считается преодоление собственных недугов, победа над казавшимися «непреодолимыми» жизненными обстоятельствами, а не над соперниками. Предпочтение следованию этим принципам, подчеркнул Президент ПКР Ф. Крейвен, заявляя, что «Россия предпочла медали этике» [4].

Но не только национальный менталитет проявляется в профессиональном отношении к спорту паралимпийцев России. Известно, что победители и призеры паралимпийских игр получают такие же призовые, установленные государством, как и олимпийцы. На последних Олимпийских и Паралимпийских играх за победу причиталось 4 миллиона рублей, за серебряные медали – 2,5 миллиона, за бронзу – 1,7 миллиона



рублей. Свои призовые, нередко превышающие ранее названные, устанавливают также и регионы, которых представляют спортсмены-медалисты. Тренерам спортсменов также причитается денежное вознаграждение, величина которого составляет 75% от призовых спортсмена. Кроме того, предусмотрены президентские стипендии спортсменам, тренерам и другим специалистам, входящим в состав сборных России по Олимпийским, Паралимпийским и Сурдлимпийским видам спорта. В соответствии с Указом Президента № 368 размер стипендии составляет 32 тысячи рублей. Паралимпиец, завоевавший золотую медаль, получает такую выплату на неограниченное время. Существуют и другие источники финансового обеспечения спортивной подготовки [2, 4].

Таким образом, спортсмены профессионалы, в том числе и паралимпийцы, заинтересованы не просто в участии в крупнейших международных соревнованиях, а в достижении максимального результата – победы. Но там, где появляются большие деньги и возникает возможность значительного улучшения своего материального положения, велика вероятность появления искушения в достижении победы любой ценой, даже с помощью допинга.

В «Национальном плане борьбы с допингом в Российском спорте», подготовленном 01.02.2017 г. Независимой общественной антидопинговой комиссией Олимпийского комитета России, в качестве одной из главных причин применения допинга спортсменами указываются «значительные материальные стимулы для победителей и призеров крупнейших международных соревнований» [3].

Рассмотрим как на сегодняшний день выглядит ситуация с нарушениями антидопинговых правил паралимпийцами России. По данным за декабрь 2018 года в России насчитывалось 33 паралимпийца, отбывающих дисквалификацию за нарушение антидопинговых правил и два представителя сурдлимпийского спортивного направления (официальные сайты РУСАДА и Паралимпийского комитета России). Большинство спортсменов из этого списка представляют пауэрлифтинг – 22 спортсмена, из них 13 человек входят в федерацию спорта слепых и 9 – лиц с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА). Из других видов спорта представлены: следж-хоккей – 4 спортсмена с ПОДА, 6 спортсменов являются представителями легкой атлетики (ПОДА, спорт слепых, спорт глухих) и по одному спортсмену выступали в дзюдо, велоспорте и парусном спорте. Все нарушения антидопинговых правил у пауэрлифтеров связаны с применением анаболических стероидов, относящихся к классу субстанций S1 Запрещенного списка. Все хоккеисты из данного списка были уличены в применении каннабиноидов (класс S8, производные конопли) во время Чемпионата России, проходившем в Московской области. Представители легкой атлетики принимали запрещенные субстанции, относящиеся преимущественно к анаболическим агентам (класс S1) и стимуляторам (класс S6) [3].

Если учесть, что у 21-го спортсмена начало дисквалификации исчисляется с 2015, 2016 годов и ранее (64%), а на 2017-2018 годы приходится только 12 нарушений паралимпийцами антидопинговых правил (36%), то данную ситуацию можно оценить как далекую до критической. В ноябре 2016 года Международный Паралимпийский комитет утвердил критерии восстановления членства ПКР в МПК. С марта 2017 года, после утверждения Дорожной карты по реализации критериев восстановления, ПКР обеспечивал реализацию мероприятий, направленных на выполнение критериев Дорожной карты. В преддверии XII зимних Паралимпийских игр 2018 года оставались невыполненными 2 критерия из 67-ми. Эти критерии не входят в компетенцию общественной организации, каковой является ПКР, а именно: полное восстановление РУСАДА Всемирным антидопинговым агентством и безоговорочное признание выводов, сделанных в докладе комиссии Р. Макларена. На этом основании Исполком МПК отказал ПКР в восстановлении членства, несмотря на то, что «был впечатлен тем уровнем сотрудничества и прогрессом, который достиг ПКР» [3].

Международный Паралимпийский комитет согласился допустить паралимпийцев

России к участию в XII зимних паралимпийских играх в Пхенчхане только в статусе «нейтральных паралимпийских спортсменов». К участию в отборочных соревнованиях на Паралимпиаду 2018 было допущено 169 спортсменов. Все 207 допинг-проб этих спортсменов дали отрицательный результат. Индивидуальные приглашения выдавались после тщательной проверки по нескольким критериям, в том числе при наличии свободных или неиспользованных квот в конкретных дисциплинах. Всего для паралимпийцев России выделили 30 лицензий (плюс 6 получили ведущие, выступающие в паре со спортсменами-инвалидами по зрению). На предыдущей зимней Паралимпиаде команда России состояла из 69 человек [3].

Полностью не были представлены в Пхенчхане российские паралимпийцы в мужских лыжных гонках, биатлоне и следж-хоккее из-за отсутствия квот. Но, несмотря на такой укороченный состав и выступление под нейтральным статусом, российские спортсмены завоевали 24 медали, из которых: 8 золотых, десять серебряных, шесть бронзовых наград. Это позволило России занять второе место в неофициальном медальном зачете после США (36 наград), которые привезла в Корею 68 человек [3].

Результаты XII зимних Паралимпийских игр еще раз подтвердили силу воли и характера наших спортсменов и показали, что паралимпийцы России сохранили свое место в элите паралимпийского спорта. После восстановления в сентябре 2018 года статуса соответствия РУСАДА Паралимпийскому комитету России для восстановления членства в ПКР необходимо выполнить два условия: российская сторона должна предоставить данные проверки допинг-проб из Московской антидопинговой лаборатории за 2011-2015 годы и выплатить МПК 257,5 тысяч евро компенсации за финансовые издержки. Восстановление членства ПКР в составе Международного Паралимпийского комитета позволит российским паралимпийцам принимать полноценное участие во всех крупнейших международных стартах [3].

### Библиографический список

1. Куртев С.Г., Поддубный С.К. Терапевтическое использование: правовые вопросы // Вестник Алтайской академии экономики и права. 2018. № 7. С. 191–196.
2. Паралимпийский комитет России. Антидопинг [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://paralimp.ru/sport/antidoping/> (дата обращения 05.12.18).
3. Русада. Допинг-контроль. Дисквалификации спортсменов [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://rusada.ru/doping-control/disqualifications/> (дата обращения 05.12.18).
4. Official website of the Paralympic Movement. News [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.paralimpic.org/news/> (дата обращения 05.12.18).

УДК 796

**Комсюкова Д. А.**, магистрант

Сибирский государственный университет физической культуры и спорта  
г. Омск, Российская Федерация

**Стоцкая Е. С.**, кандидат биологических наук

Сибирский государственный университет физической культуры и спорта  
г. Омск, Российская Федерация

elst1985@mail.ru

## РАЗРАБОТКА БАЗОВОГО КОМПЛЕКСА УПРАЖНЕНИЙ НА ОСНОВЕ СИСТЕМЫ ПИЛАТЕСА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЮНЫХ ФЕХТОВАЛЬЩИКОВ С ДЦП

*Аннотация.* В статье представлено обоснование использования некоторых упражнений из системы пилатеса, направленные на коррекцию двигательных нарушений у детей с детским церебральным параличом, занимающихся паралимпийским фехтованием.

*Ключевые слова:* детский церебральный паралич, пилатес, коррекция двигательных нарушений, паралимпийское фехтование.

## DEVELOPMENT OF A BASIC COMPLEX OF EXERCISES FOR BASIS OF THE PILATES SYSTEM FOR CORRECTION OF MOTOR VIOLATIONS OF YOUNG WHEELCHAIR FENCERS WITH CEREBRAL PALSY

*Abstract.* The article presents the rationale for the use of some exercises from the Pilates aimed at correcting motor disorders children with cerebral palsy involved in Paralympic fencing.

*Keywords:* cerebral palsy, pilates, correction of motor disorders, wheelchair fencing.

Детский церебральный паралич (ДЦП) является одной из самых часто встречающихся причин детской инвалидности. Популяционные исследования во всем мире сообщают об оценках распространенности этого диагноза в диапазоне от 1,5 до более 4 на 1000 живорождений или детей в возрасте до одного года [8]. ДЦП имеет множество форм [4], характерной особенностью для которых, является наличие двигательного дефекта, с возрастом имеющий тенденцию к усилению без должной коррекции.

Физическое развитие детей с диагнозом ДЦП является одной из важных, сложных, не в полной мере разрешенных проблем [1]. На развитие ребенка отрицательно сказывается дефицит двигательной активности [2] возникающий вследствие нарушения функций опорно-двигательного аппарата (ОДА) в большинстве своем проявляющийся в повышении или понижении мышечного тонуса, снижении мышечной силы, а также наличием контрактур, тонических рефлексов, патологических синкинезий и т.д.

Адаптивный спорт является составляющей реабилитации, он не только помогает ребенку социализироваться в современном обществе, но и улучшить свои личные качества, а также помогает скорректировать двигательные нарушения и удовлетворить естественное стремление организма к движению.

К одним из культивируемых видов адаптивного спорта относится паралимпийское фехтование [5]. Спортивная подготовка атлетов с поражениями ОДА, занимающихся фехтованием на колясках имеет свои особенности. При выполнении технико-тактических действий используют в основном только мышцы плечевого пояса или свободной верхней конечности, в зависимости от уровня и степени поражения может участвовать ограниченное количество мышц спины и живота. В задействованных группах мышц происходит перегрузка, которая усиливает имеющийся дефект. Поэтому для освоения многих разделов фехтования на колясках и эффективности соревновательных поединков необходима корректировка имеющихся нарушений в функциях ОДА у юных фехтовальщиков с ДЦП. Необходимо включение в тренировочный процесс специальных реабилитационных упражнений.

В настоящее время в реабилитации активно начинают использоваться нетрадиционные виды физической культуры, в частности пилатес.

Пилатес – система упражнений, созданная в начале XX века немецко-американским спортивным специалистом, тренером и спортсменом Джозефом Пилатесом

[6, 7]. Система Пилатеса воздействует на развитие таких физических качеств, как сила и гибкость, а также положительно влияет на психоэмоциональное состояние занимающихся. Упражнения данной системы специально разработаны для восстановления естественных изгибов позвоночника и перебалансировки мышц вокруг суставов.

**Цель работы** – разработать базовый комплекс упражнений на основе системы Пилатеса для коррекции двигательных нарушений юных фехтовальщиков с ДЦП.

#### **Материалы и методы исследования**

Исследования проводились в отделении паралимпийского фехтования Бюджетного учреждения Омской области «Омский областной специализированный спортивный Центр Паралимпийской и Сурдлимпийской подготовки» на базе БУ ОО «Омский областной центр по велосипедному спорту». Для проверки возможности выполнения упражнений с элементами системы Пилатеса была отобрана контрольная группа из пяти спортсменов с диагнозом ДЦП в возрасте 12-16 лет. Все спортсмены занимались фехтованием на колясках не менее одного года.

В исследовании двигательных нарушений у юных фехтовальщиков с диагнозом ДЦП были использованы следующие методы:

1. Физиологическое тестирование, которое включало: исследование мышечного тонуса, исследование амплитуды движения в суставах; исследование мышечной силы;
2. Педагогическое тестирование включало исследовани двигательных нарушений, исследование общей физической подготовленности.

Мышечная сила, в рамках физиологического тестирования, измерялась в баллах и рассматривалась как функциональное состояние ОДА, с точки зрения неврологии. При проведении тестов на определение общей физической подготовленности мышечная сила также рассматривалась, с точки зрения физических качеств.

Для оценки общей физической подготовленности использовались тесты:

–на гибкость, который проводился сидя на полу, при этом испытуемый выполнял четыре наклона, последний – максимально глубокий. Фиксировался лучший результат. Показатель определялся по кончикам третьих пальцев рук с точностью до одного сантиметра;

–на равновесие (проба Ромберга), техника проведения которого заключалась в следующем: в первом случае наблюдаемый стоял прямо, стопы прижаты друг к другу, руки вытянуты перед собой, глаза закрыты; во втором случае наблюдаемый сидел на полу с прямыми ногами, стопы прижаты друг к другу, руки вытянуты перед собой, глаза закрыты. Время удержания каждого положения составляло 30 секунд, определялось по секундомеру;

–на скоростно-силовые способности, которые состояли в определении максимальной продолжительности удержания статической позы лежа на животе и максимального количества повторений подъема плечевого и тазового пояса назад и вверх;

–на выносливость, по результатам которых давалась оценка силы мышц пресса при подъеме туловища из положения лежа, а также силы мышц рук при выполнении сгибания и разгибания рук в упоре с колен. В случае, если испытуемый делал продолжительную паузу, тест останавливался и фиксировалось количество точных повторений.

Для оценки функционального состояния опорно-двигательного аппарата исследовалась амплитуда подвижности суставов в угловых градусах и сравнение ее с нормативными показателями; мышечный тонус по шкале спастичности Эшворта в баллах.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Исследование мышечного тонуса выявило незначительное увеличение тонуса в мышечных группах бедра, разгибающих и сгибающих голень, а также уменьшение силы в

группах мышц разгибающих и сгибающих плечо, предплечье, правую кисть, голень и стопу; значительное увеличение тонуса в мышечных группах разгибающих и сгибающих плечо и стопу, отвечающих за сгибание правой кисти.

В тестах на гибкость, определение мышечной силы выносливости результаты исследования общей физической подготовленности показали значительные отклонения от нормы.

При исследовании подвижности в суставах было обнаружено, что у двух спортсменов (40 %) имеются умеренные нарушения амплитуды движения с правой стороны при отведении в плечевом, а так же значительные нарушения радиальное и ульнарное разгибание в лучезапястном суставе, разгибание в локтевом суставе справа.

У всех спортсменов имеются умеренные нарушения движения в голеностопном суставе, а так же незначительные нарушения при сгибании и отведении в тазобедренном суставе и сгибании в коленном суставе.

Выделено четыре основных группы двигательных нарушений у юных фехтовальщиков с ДЦП, к ним относятся: нарушение амплитуды движений в суставах, повышенный мышечный тонус, сниженная мышечная сила и сниженные физические качества.

В связи с наличием особенностей функционального состояния ОДА дети с ДЦП функционально не готовы выполнять основные упражнения, входящие в систему Пилатеса, необходимо разработать адаптированный комплекс, способствующий коррекции двигательных нарушений юных спортсменов с церебральным параличом.

В результате проведенных исследований [3] предлагается система методики, позволяющая с помощью элементов пилатеса скорректировать тот или иной двигательный дефект.

К каждой группе двигательных нарушений подобран блок упражнений для их коррекции:

1. При нарушении амплитуды движений предлагается использовать блок упражнений, направленный на увеличение подвижности в суставах:

– «swimming» (плавание): сложно-координационное упражнение укрепляет и растягивает мышцы спины, а также развивает навыки одновременного управления разноименными конечностями;

– «rolling like a ball» (перекаты на спине): улучшает баланс и массирует спину, укрепляет вестибулярный аппарат и развивает мышцы брюшного пресса;

– «single leg circles» (круги одной ногой): упражнение развивает подвижность и силу в тазобедренных суставах, способствуют повышению контроля над мышцами задней и внутренней поверхностей ног.

2. При повышенном мышечном тонусе наиболее эффективным будет блок упражнений на его нормализацию:

– «single leg stretch» / «double leg stretch» (растягивание ног поочередно / растягивание ног одновременно): упражнение укрепляет мышцы-стабилизаторы, растягивает спину и ноги, позволяя увеличить амплитуду возможных движений плечевого пояса;

– «shell stretch» (раковина): упражнение помогает расслабить мышцы по всей спине;

– «spine stretch forward» (растягивание спины вперед): в упражнении работают глубокие мышцы брюшного пресса, улучшается подвижность позвоночника и формируется правильная осанка, также растягиваются задние поверхности бедер, что позволяет снизить напряжение мышц спины в положении сидя.

3. При сниженной мышечной силе рекомендуется использовать блок упражнений на ее укрепление:

– «hundred» (сотня): это дыхательное упражнение, активизирующее циркуляцию крови, служит для разминки и подготовки тела к последующим упражнениям, а также способствует укреплению передних, задних и боковых мышц живота;

– «ab prer» (подготовительный): упражнение устанавливает правильную последовательность грудного и шейного сгибания при стабилизации таза в нейтральном положении, используется как основа для многих упражнений, способствует укреплению мышц шеи.

4. При сниженных физических качествах предлагается блок упражнений, направленный на развитие равновесия:

– «roll-down» / «roll-up» (раскручивание вниз / скручивание вверх): упражнение растягивает и укрепляет мышцы спины, улучшает подвижность позвоночника, тренирует мышцы-стабилизаторы благодаря чему компенсируется недостаток двигательных функций нижних конечностей;

– «side kick» (боковой удар ногой): стабилизация силовой части и укрепление ягодичных мышц, бедер, брюшного пресса и разгибателей спины, улучшает баланс и координацию.

Важно отметить, что для коррекции нарушений, выделенных в четвертой группе также подойдут упражнения из блока повышения мышечной силы.

#### **Заключение.**

Большинство литературных данных и методических разработок, посвященных системе Дж. Пилатеса, носят описательный характер и не отражают всю сложность и многогранность возможного влияния на различные системы организма занимающихся. При этом отсутствуют какие-либо объективные доказательства положительного влияния данной системы на лиц с ПОДА. Возникает потребность во внедрении инновационных методов восстановления. Функциональное состояние юных фехтовальщиков с ДЦП характеризуется нарушением в амплитуде движений, повышенным мышечным тонусом, сниженными мышечной силой и физическими качествами.

Нами был разработан комплекс упражнения, основанный на системе Дж. Пилатеса, способствующий коррекции двигательных нарушений юных спортсменов с церебральным параличом, который включает в себя не только обучение основным принципам пилатеса, но и рекомендации, касающиеся выбора оборудования для выполнения упражнений из модифицированного комплекса.

### **Библиографический список**

1. Гхаеини, С. Физическая подготовка детей с диагнозом ДЦП с применением тренажерных устройств и «Тренажера Гросса»: дис. ... канд. пед.: 13.00.04 / Гхаеини Саеид. Москва, 2006. – 149 с.

2. Клинические рекомендации. Детский церебральный паралич у детей МКБ 10: G80. Утвержденные Союзом педиатров России [Электронный ресурс]. – 2016. 36 с. Режим доступа: [http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr\\_dcp.pdf](http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_dcp.pdf) (дата обращения 30.07.2019).

3. Комсюкова, Д. А. Возможность использования пилатеса в реабилитации детей с детским церебральным параличом / Д. А. Комсюкова // Актуальные проблемы адаптивной физической культуры и спорта: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: [Электронный ресурс]. – Омск: СибГУФК, 2019. С. 13 – 20.

4. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://mkb-10.com> (дата обращения 30.07.2019).

5. Программа спортивной подготовки по виду спорта (спорт лиц с поражением опорно-двигательного аппарата) дисциплина «Фехтование» [Электронный ресурс] /

Ханты-Мансийск, 2018 – 82 с. Режим доступа: <http://www.csi-ugra.ru/upload/iblock/265/fekhtovanie.pdf> (дата обращения 30.07.2019).

6. Pilates, J. H. Your Health: A Corrective System of Exercising that Revolutionizes the Entire Field of Physical Education / Joseph Hubertus Pilates, Judd (Editor) Robbins // Paperback. – 1934, 64 p.

7. Pilates, J. H. Return to Life Through Contrology / Joseph Hubertus Pilates // Paperback. – 1945, 93 p.

8. Cerebral palsy guidance [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.cerebralpalsyguidance.com/cerebral-palsy/research/prevalence-and-incidence/> (дата обращения 30.07.2019).

УДК 796.035

**Моисеева Н.А.**, магистрант

Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан  
n.mendubaeva@eandex.ru

**Марчибаева У.С.**, кандидат педагогических наук, доцент  
Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан  
ulbosyn.marchibaeva@yandex.kz

**Сидорова Р.В.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан

## **ОСОБЕННОСТИ СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ ЮНЫХ ГОЛБОЛИСТОВ НА СПОРТИВНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОМ ЭТАПЕ**

***Аннотация.** В представленной статье рассматривается содержание учебно-тренировочного процесса юных голболистов, методы обучения и особенности педагогического процесса подготовки в голболе.*

***Ключевые слова:** голбол, адаптивный спорт, дети с нарушением зрения, заболевание, коррекция, физические упражнения, метод.*

## **СПОРТ-САУЫҚТЫРУ САТЫСЫНДА ЖАС ГОЛБОЛШЫЛАРДЫ СПОРТТЫҚ ДАЯРЛАУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

***Аңдатпа.** Бұл мақалада жас голболшыларды оқу-жаттықтыру процесінің мазмұны, оқыту әдістері мен голболдағы педагогикалық дайындықтың ерекшеліктері қарастырылады.*

***Түйін сөздер:** голбол, бейімдік спорт, көру қабілеті бұзылған балалар, ауру, түзету, жаттығу, әдіс.*

## **CHARACTERISTICS OF SPORTS TRAINING OF YOUNG GOALBALLISTS AT SPORTS AND RECREATION STAGE**

***Abstract.** This article discusses the content of the educational process of young goalholders, their teaching methods and features of the pedagogical training process in goalball.*

***Keywords:** goalball, adaptive sport, children with visual impairment, disease, correction, physical exercise, method.*

Анализ учебной и научной литературы, мониторинг интернет-ресурсов, позволяют выделить в системе адаптивного спорта значимую роль спортивных игр для людей с ограниченными возможностями здоровья. Командные спортивные игры позволяют всесторонне воздействовать на физическое развитие человека с инвалидностью – его антропометрические показатели, функциональные и уровень развития физических качеств, а также на совершенствование психических способностей, содействуют социальной интеграции спортсмена [1].

Перечень спортивных игр для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов достаточно широк: баскетбол на колясках, волейбол сидя, бочче, боссель, гандбол через сетку, голбол, роллингбол, торбол, футбол ампутантов и другие.

Выбор вида спорта, зависит от имеющихся у человека, в том числе и ребенка, основного заболевания и степени его выраженности, сопутствующих заболеваний, медицинских показаний и противопоказаний к физическим нагрузкам и других факторов.

Одной из наиболее зрелищных спортивных игр для детей и взрослых с нарушением зрения является голбол. Это командная игра со специализированными мячами для голбола, внутри которых есть колокольчики, помогающие незрячим игрокам определить по звуку местонахождение мяча. Цель игры - закатить мяч за линию ворот защищающейся команды, в то время как она пытается активно помешать сопернику.

Игра с озвученным мячом была изобретена в 1946 г. в Германии австрийцем Гансом Лоренцем и немцем Зеппом Рейндле, как средство физической реабилитации и досуга потерявших зрение ветеранов Второй мировой войны.

Голбол в Казахстане достаточно молодой вид адаптивного спорта, который только-только начинает возраждаться. На сегодняшний день в голбол играют взрослые команды в Алматы и Алматинской области, Нур-Султане, Таразе, Шымкенте, Семее, Атырау, Караганды, Восточном и Западном Казахстане, Талдыкоргане.

Секция голбола для детей с нарушением зрения функционирует сегодня, по имеющимся у нас сведениям, только в г.Нур-Султане.

К категории детей с нарушением зрения относятся дети слепые и слабовидящие. *Слепые (незрячие)* - подкатегория детей с нарушениями зрения, у которых полностью отсутствуют зрительные ощущения (тотально слепые), имеется светоощущение (отличают свет от тьмы) или остаточное зрение (максимальная острота зрения лучше видящим глазом с очковой коррекцией 0,04 у.е.). *Слабовидящие* - подкатегория детей с нарушениями зрения, имеющих остроту зрения от 0,05 до 0,2(0,3) у.е. на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками (различают предметы, очертания которых, они видят нечетко).

Как правило, дети, имеющие такие нарушения зрения, имеют еще и сопутствующие заболевания – сколиоз, плоскостопие, ДЦП и другие. Психическое и физическое развитие ребенка с такими диагнозами отличается от развития здоровых детей.

Вовлечение детей с нарушением зрения в тренировочные занятия по голболу жизненно необходимы, потому что являются естественным и практическим методом одновременно физической, медицинской и социальной реабилитации, а также играют немаловажную, даже значительную роль в формировании и развитии детского организма и становления его как личности.

Физические упражнения, доступные для детей с нарушением зрения положительно влияют на физическое, психическое, эмоциональное, нравственное и умственное развитие детей с нарушением зрения, социальное и личностное становление.

Актуальной остается проблема спортивной подготовки - выбор средств по видам подготовки, методов обучения и условий, позволяющих осуществлять полноценный тренировочный процесс.

В разработанной нами физкультурно-спортивной программе по голболу для детей с нарушением зрения (г.Нур-Султан, 2019г.) в спортивно-оздоровительных группах 1-го и



2-го года обучения, основу спортивной подготовки составляют теоретическая, коррекционная, физическая, техническая, тактическая и психологическая подготовка.

Хотелось бы отметить, что коррекционная подготовка – новизна программы, включена авторами, исходя из особенностей занимающихся и этапа спортивной подготовки. По нашему мнению, на спортивно-оздоровительном этапе подготовки юных голболистов, коррекционная подготовка, как и общая физическая, играет важную роль в развитии и укреплении молодого организма.

Ребенок с нарушением зрения, допущенный медицинской комиссией к занятиям в спортивной секции гольбола, в первую очередь нуждается в коррекции техники основных движений - ходьбы, лазанья, перелезания, метания, мелкой моторики и других; развитии остаточного зрения (у слабовидящих); профилактики и коррекции соматических нарушений - осанки, плоскостопия, телосложения, дыхательной и сердечно-сосудистой систем и т.д.; коррекции и развитию сенсорных систем и другое.

В коррекционной подготовке юных голболистов рационально используются средства лечебной физической культуры (ЛФК): упражнения на формирование навыка правильной осанки, упражнения для укрепления сводов стопы, упражнения с гимнастическими палками, ходьба по гимнастической скамейке с грузом на голове для развития равновесия, специальные упражнения для коррекции зрения у слабовидящих детей, дыхательные упражнения, пальчиковая гимнастика, упражнения для кистей рук с массажным мячиком, упражнения на расслабление мышц и другие упражнения.

Теоретическая подготовка проводится в форме бесед, лекций (групповых или индивидуальных) в процессе учебно-тренировочных занятий по темам, предусмотренным учебно-тематическим планом занятий на первом и втором году обучения.

Что же касается общей физической подготовки юных голболистов, как и в любом другом виде спорта, она направлена на совершенствование физических качеств, на всестороннее и гармоничное физическое развитие ребенка, способствует повышению функциональных возможностей, общей работоспособности, укреплению здоровья.

Для воспитания основных физических качеств у слепых и слабовидящих детей в гольболе подойдут следующие упражнения:

- для воспитания выносливости: подъем и опускание на ступеньку или скамейку; бег на месте с упором руками о стену; бег на месте с высоким подниманием бедра;

- для воспитания гибкости: активные упражнения, пассивные упражнения, статические упражнения;

- для воспитания силовых способностей: общеразвивающие упражнения (ОРУ) с гантелями (0,5 кг.); ОРУ с набивными мячами (вес 1-2 кг); приседания; отжимания в упоре о стену, на скамейке, в упоре на полу; броски набивного мяча на дальность из положения сидя ноги врозь на полу; подтягивание на низкой перекладине из положения вис лежа и другие;

- для воспитания ловкости: ОРУ без предметов и с предметами; ОРУ, требующие согласованных действий, двух или нескольких детей; упражнения в равновесии; несимметричные упражнения; упражнения в ходьбе по гимнастической скамейке; броски теннисного мяча в цель;

- для развития быстроты: быстрые ответные движения на различные внезапные сигналы (зрительные, звуковые, тактильные); упражнения в паре с зеркальным показом; переключение с выполнения одного упражнения на другое по команде, звуку; ловля и быстрая передача мяча; броски мяча поточно; подвижные игры, бег на месте.

Специальная физическая подготовка (СФП) юных голболистов направлена на воспитания физических качеств, обеспечивающих развитие тех двигательных способностей, которые наиболее необходимы в гольболе: силовые, координационные и скоростные.

Рекомендуемые упражнения СФП: упражнения в лазании по гимнастической скамейке, упражнения на гимнастической стенке, игры для развития пространственной

ориентации, имитационные упражнения, передвижения по площадке: бег с лидером, бег боком приставными шагами, упражнения с резиновой лентой, броски мяча весом 150 г (м) на дальность.

Технико-тактические действия в голболе, как и во многих других игровых видах спорта делятся на определенные действия в нападении и защите (индивидуальные и командные действия). Техника игры в защите состоит из таких элементов, как стойки, падения, блок, страховка, передвижения и отражение пенальти. Техника игры в нападении подразделяется на броски, передачи, передвижение и пробитие пенальти [2].

Для обучения каждому техническому действию голболиста подбираются подводящие упражнения, позволяющие разучить эти действия, как по частям, так и в целом.

Тактическая подготовка спортсменов в голболе предусматривает овладение индивидуальными, групповыми и командными действиями.

Основными средствами психологической подготовки юных спортсменов являются мобилизующие - самоприказы, убеждения, упражнения на концентрацию; корригирующие - беседы и лекции со спортсменами, беседы с родителями в присутствии спортсмена, рассуждения, аутотренинг; релаксирующие - «успокаивающая» психорегулирующая тренировка, нервно-мышечная релаксация.

*Необходимо отметить, что тренировочные занятия строятся с учетом индивидуального и дифференцированного подхода к регулированию физической нагрузки, развитию физических качеств и сенсорных возможностей детей.*

При построении учебно-тренировочного процесса тренеру по голболу необходимо знать основной диагноз и сопутствующие заболевания каждого ребенка; определить медицинские противопоказания к физическим нагрузкам с учетом основного и сопутствующих заболеваний и учитывать их при построении тренировочного занятия; учитывать степень и характер нарушения зрения (тотальная слепота, остаточное зрение, слабовидение, состояние поля зрения, нарушение бинокулярного зрения); учитывать уровень предыдущего сенсорного опыта и готовности сохранных анализаторов к восприятию учебного материала.

В учебно-тренировочном процессе по голболу следует особое внимание уделить методам обучения. В спортивной подготовке широко используется метод практических упражнений с его многообразием направлений: выполнение упражнений по частям, выполнение движения в облегченных условиях, выполнение движения в усложненных условиях, использование страховки, помощи и сопровождения и другое; метод круговой тренировки для развития физических качеств; метод слова включает метод дистанционного управления действиями, беседу, описание, объяснение, инструктирование, замечание, исправление ошибок, команды; метод наглядности занимает особое место в обучении слепых и слабовидящих детей, используется в процессе ознакомления с предметами и действиями; метод стимулирования двигательной активности предполагает как можно чаще поощрять детей [3].

На спортивно-оздоровительном этапе обучения для тотально слепых нужен особый индивидуальный подход, целесообразно привлечение родителей ребенка к практическим занятиям в качестве помощника (родитель помогает выполнить движение ребенку при помощи проведения своими руками по движению, для того, чтоб ребенок точно понимал и чувствовал, какое движение от него требуют выполнить). Иногда, лишь этот способ обучения является самым эффективным и помогает достичь нужного результата.

В заключение, хотелось бы сказать, что выбранная тема весьма широкая и интересная, и обсуждать особенности спортивной подготовки юных голболистов можно долго и более детально. Но необходимо понимать одно, что первостепенная задача тренера – грамотный и профессиональный подход в обучении к каждому спортсмену с нарушением зрения. Чем шире будут знания тренера в медицине, коррекционной

педагогике, психологии, теории и организации адаптивной физической культуры, тем правильнее будут построены и организованы тренировочные занятия, определена физическая нагрузка для конкретного ребенка с учетом основного и сопутствующих заболеваний и будет исключена вероятность нанести непоправимый вред здоровью ребенка.

### Библиографический список

1. Евсеев С.П. Анализ Единой Всероссийской спортивной классификации по игровым спортивным дисциплинам адаптивного спорта / С.П. Евсеев, Н.Н. Аксенова // Адаптивная физическая культура. - 2012. - № 3 (51). - С. 7-14.

2. Корнев А.В. Голбол (спорт слепых). Учебное пособие / Автор-составитель А.В. Корнев / Под ред. М.А. Правдова – Шуя: Изд-во Шуйский филиал ИвГУ, 2013. – 100 с.

3. Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л. В. Шапковой. — М.: Советский спорт, 2003. - 464 с.

УДК 796.015.15

**Мироненко Ю.А.**, кандидат педагогических наук  
Сибирский государственный университет физической культуры и спорта  
г. Омск, Российская Федерация  
jul.mironenko78@yandex.ru

**Мироненко Е.Н.**, кандидат педагогических наук, доцент  
Омский государственный университет  
г. Омск, Российская Федерация

### ПРИМЕНЕНИЕ КОРРИГИРУЮЩИХ УПРАЖНЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ТРЕНИРОВОК ТЕННИСИСТОВ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

*Аннотация.* В данной статье рассматриваются вопросы разработки методики применения корригирующих упражнений, направленных на укрепление опорно-двигательного аппарата высококвалифицированных теннисистов с нарушением слуха.

*Ключевые слова:* корригирующие упражнения, опорно-двигательный аппарат, теннисисты с нарушением слуха.

### THE USE OF CORRECTIVE EXERCISES DURING THE TRAINING PROCESS OF TENNIS PLAYERS WITH HEARING IMPAIRMENT

*Abstract.* This article discusses the development of methods for the use of corrective exercises aimed at strengthening the musculoskeletal system of highly qualified tennis players with hearing impairment.

*Keywords:* corrective exercises, musculoskeletal system, tennis players with hearing impairment.

В научной литературе рассматривается воздействие различных видов спорта на состояние опорно-двигательного аппарата спортсмена. К числу видов спорта, отрицательно-влияющих на формирование правильной осанки относится – большой теннис, по причине действия ассиметричной нагрузки на мышцы туловища (Дубровский В.И., 2012). Данная проблема часто возникает у спортсменов с различными нарушениями в развитии, и значительно чаще у спортсменов теннисистов с нарушением слуха. Это обусловлено особенностями сенсомоторной сферы слабослышащих спортсменов,

которые накладывают отпечаток на формирование двигательной функции и морфофункциональное состояние. Большая часть (от 60 до 86%) слабослышащих спортсменов имеют те или иные нарушения в осанке (сутулость, сколиоз, плоская грудная клетка), плоскостопия I и II степени и др., которые требуют дополнительной коррекции.

В современном арсенале физической реабилитации имеется многочисленное количество средств и методов, применяемых при нарушениях деятельности опорно-двигательного аппарата (Медведева О.А., 2013). Методики, предлагаемые в научно-методической литературе, не учитывают требования тренировочного процесса высококвалифицированных спортсменов.

Целью нашего исследования явилась разработка и экспериментальное обоснование применения методики корригирующих упражнений в тренировочном процессе у высококвалифицированных теннисистов с нарушением слуха.

Оценку функционального состояния высококвалифицированных теннисистов с нарушением слуха мы определяли по функциональной пробе Мартине – Кушелевского и путем применения тестов, оценивающих силу мышц брюшного пресса, силу мышц спины и путем определения подвижности позвоночника.

Исследования проводились на 9 высококвалифицированных теннисистах с нарушением слуха. Результаты пробы Мартинэ-Кушелевского показали у всех исследуемых нормотонический тип реакции на физическую нагрузку.

Для оценки силы мышц брюшного пресса мы применяли семь тестов, характеризующих данное физическое качество. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели тестов по оценке силы мышц брюшного пресса (n=9)

	1	2	3	4	5	6	7
Ис пы туе мы й	Тест на оценку силы мышц живота	Статическ ая сила брюшног о пресса	Определе ние силы сгибатели й бедер, мышц живота	Скоростно- силовые тесты на мышцы брюшного пресса (сгибатели туловища)	Силовая выносливо сть мышц брюшного пресса (сги батели туловища)	Тест на прямую мышцу живота	Тест на косые мышцы живота
x	39,89	20,89	13,0	20,56	28,44	8,67	26,33
σ	2,74	1,45	2,12	1,59	2,40	1,80	1,22

Для оценки силы мышц спины мы также использовали семь тестов, характеризующих данное физическое качество. Результаты оценки силы мышц спины представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели тестов по оценке силы мышц спины (n=9)

	1	2	3	4	5	6	7
Ис пы туе мы й	Разгибате ли спины (статика). Вариант 1	Разгибате ли спины (статика). Вариант 2.	Разгибате ли спины (ск оростно- силовой)	Наклоны вперед до касания руками ног	Подъемы груди на максимал ьно возможну ю высоту)	Удержание прямых ног под углом 45 градусов	Удержани е тела в полупор ном состоянии
x	97,44	3,89	25,22	24,22	56,44	30,44	41,33
σ	11,59	0,78	1,92	1,30	4,77	2,79	3,24

Для определения подвижности позвоночника мы использовали шесть контрольных тестов, характеризующих данное физическое качество. Данные по определению подвижности позвоночника представлены в таблице 3.

Таблица 3

Данные тестов определения подвижности позвоночника (n=9)

	1	2	3	4	5	6
Ис-пы-туе-мый	Тестирование гибкости Тест на гибкость позвоночного столба	Определение гибкости	Оценка подвижности грудного отдела позвоночника в сагиттальной плоскости	Тест на верхний отдел разгибателя позвоночника	Тест на паравертебральные (глубокие мышцы позвоночника) и средний отдел мышцы разгибающей туловище	Контрольный тест для определения подвижности позвоночного столба (см).
х	21,22	10,67	12,78	33,89	33,44	20,44
σ	2,90	1,41	1,48	1,53	1,13	2,29

На основании показателей тестов мы провели анализ наиболее успешно выполненных тестов у трех сильнейших теннисистов. Это позволило нам определить упражнения, которые в дальнейшем вошли в основу разработанной нами методики, а также те группы мышц и те качества, на развитие которых нужно обратить особое внимание. Проанализировав существующие методики и применив результаты наших исследований, мы разработали свою методику корригирующих упражнений направленную на укрепление опорно-двигательного аппарата у высококвалифицированных спортсменов-теннисистов с нарушением слуха.

Предлагаемую нами методику корригирующих упражнений можно использовать не только для исправления уже приобретенных деформаций, но и с целью профилактики их появления. Использование корригирующих упражнений позволит скорректировать форму позвоночника, тем самым тем самым исключив возникновение различных нарушений в деятельности опорно-двигательного аппарата.

В методику входят следующие группы упражнений:

1. Упражнения, направленные на развитие подвижности суставов.
2. Упражнения, способствующие растяжению напряженных и укороченных мышц, связок, сухожилий.
3. Силовые упражнения, способствующие координации движений и удержанию равновесия.
4. Специальные упражнения, направленные на коррекцию осанки. В данную группу включены динамические и статические упражнения.

В зависимости от исходного положения, корригирующие упражнения выполнялись в следующих исходных положениях:

- упражнения в положении стоя;
- упражнения в положении сидя;
- упражнения в положении лежа (на спине, на боку, на животе);
- упражнения в положении стоя на коленях;
- упражнения стоя на коленях, с опорой на ладони (на четвереньках).

При проведении тренировочного занятия с использованием корригирующих упражнений необходимо соблюдать ряд *методических рекомендаций*:

- 1) подбирать упражнения, адекватные состоянию психофизических и двигательных способностей занимающихся;

- 2) корригирующие упражнения чередовать с общеразвивающими;
- 3) упражнения с изменением положения головы в пространстве выполнять с постепенно возрастающей амплитудой;
- 4) упражнения на статическое и динамическое равновесие усложнять на основе индивидуальных особенностей.

В процессе всего занятия необходимо активизировать мышление, познавательную деятельность, эмоции, мимику, понимание речи. Акцентировать внимание спортсмена анализировать качество выполнения движения, замечать допущенные ошибки и исправлять их.

Нами доказана эффективность применения методики путем проведения проверочного эксперимента. После проведения эксперимента произошло изменение на достоверном уровне большинства показателей, оценивающих функциональное состояние организма спортсменов, их адаптационные возможности, а также показателей, характеризующих силу мышц брюшного пресса, мышц спины и подвижность позвоночника.

Мы предлагаем практические рекомендации по применению данной методики.

В методику использования корригирующих упражнений, направленную на укрепление опорно-двигательного аппарата для высококвалифицированных спортсменов теннисистов с нарушением слуха включены упражнения направленные на развитие подвижности суставов, упражнения, способствующие растяжению напряженных и укороченных мышц, связок, сухожилий, силовые упражнения, способствующие координации движений и удержанию равновесия, специальные упражнения, направленные на коррекцию осанки. В данную группу включены динамические и статические упражнения.

Рекомендуемые исходные положения: упражнения в положении стоя; упражнения в положении сидя; упражнения в положении лежа (на спине, на боку, на животе); упражнения в положении стоя на коленях; упражнения стоя на коленях с опорой на ладони (на четвереньках).

В качестве методических приемов применять: описание упражнения, условия его выполнения, показ техники упражнения, его иллюстрация с помощью наглядных средств.

При подаче информации словесные методы с методом показа, делая акцент на методические указания о выполнении движений, действий ног, рук, головы, туловища, рекомендаций для самоконтроля и исправления ошибок.

Для наиболее эффективного понимания спортсменами с нарушением слуха сущности движения тренеру необходимо во время показа и объяснения подчеркивать наиболее важные пространственно-временные параметры движения, а также обозначать моменты приложения основных усилий. В процессе словесных объяснений используются все формы речи, устная, письменная, тактильная, жестовая.

В процессе всего занятия необходимо активизировать мышление, познавательную деятельность, эмоции, мимику, понимание речи. Акцентировать внимание спортсмена анализировать качество выполнения движения, замечать допущенные ошибки и исправлять их.

### **Библиографический список**

1. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник для студентов мед. вузов. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2012. – 598 с.
2. Медведева Л.Е. Организация и методика проведения занятий в специальных медицинских группах: учебное пособие / Л.Е. Медведева [и др.]. - Омск: СибГУФК, 2013. - 145 с.

УДК 376.2

**Мусралинова А. Х.**, магистрант 1 курса  
Сибирский государственный университет физической культуры и спорта  
г. Омск, Российская Федерация  
musralinova95@mail.ru  
**Стоцкая Е. С.**, кандидат биологических наук  
Сибирский государственный университет физической культуры и спорта  
г. Омск, Российская Федерация

## **МЕТОДИКА ЗАНЯТИЙ МИНИ – ФУТБОЛОМ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ ОБЩИЕ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ И ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ**

***Аннотация.** В статье представлена методика физкультурно-оздоровительных занятий по мини-футболу для детей с общими расстройствами поведения и психическими нарушениями. Нами были выделены блоки упражнений, направленных на повышение 5-ти основных физических качеств, таких как: быстрота, сила, выносливость, координация и гибкость. Развитие физических качеств осуществлялось по средствам упражнений, применяемых в мини-футболе. В методику включали нагрузки избирательного и комплексного характера, при этом учитывая последовательность выполнения блока, рациональность распределения объема, интенсивность нагрузки. Большое значение имели разработанные методические рекомендации по работе с данной категорией детей. Нами отмечена достоверная ( $p \leq 0,05$ ) положительная динамика показателей общей выносливости, гибкости, координации и силы.*

***Ключевые слова:** мини-футбол, расстройства поведения, психические нарушения, общая физическая подготовка, физические качества, адаптивный спорт.*

## **THE METHOD OF PLAYING MINI – FOOTBALL WITH CHILDREN WITH COMMON BEHAVIORAL DISORDERS AND MENTAL DISORDERS**

***Abstract.** The article presents the methodology of sports and recreational activities in mini-football for children with General behavioral disorders and mental disorders. We have identified blocks of exercises aimed at improving 5 basic physical qualities, such as: speed, strength, endurance, coordination and flexibility. The development of physical qualities was carried out by means of exercises used in mini-football. The methodology included loads of selective and complex nature, while taking into account the sequence of the block, the rationality of the volume distribution, the intensity of the load. Of great importance were the developed guidelines for working with this category of children. We noted a significant ( $p \leq 0.05$ ) positive dynamics of overall endurance, flexibility, coordination and strength.*

***Keywords:** indoor soccer, behavioral disorders, mental disorders, General physical fitness, physical qualities, adaptive sports.*

**Актуальность.** В настоящее время рождение детей с нарушениями в развитии становится распространенным явлением и носит обширный характер. В структуре причин инвалидности наиболее часто наблюдаются расстройства ментального характера (расстройство поведения и психические нарушения) [4].

Дети с общими расстройствами поведения и психическими нарушениями имеют ряд специфических особенностей, которые проявляются в возможной недостаточности интеллектуального, речевого, психического развития. У всех детей отмечается нарушение двигательного действия и снижение физических качеств [2].

Особое значение в социализации детей с общими расстройствами поведения и психическими нарушениями имеет адаптивная физическая культура. Физкультурно-оздоровительные занятия по мини-футболу не только формируют новые двигательные

навыки, развивают физические качества, но и положительно влияют на их психоэмоциональное состояние [1, 2, 3, 4].

**Цель исследования:** теоретически и экспериментально обосновать методику занятий по мини-футболу у детей с общими расстройствами поведения и психическими нарушениями младшего школьного возраста.

**Методы и организация исследования.** Исследование проводилось на базе кафедры теории и методики адаптивной физической культуры ФГБОУ ВО СибГУФК при участии Омской региональной общественной организацией инвалидов «Планета друзей». Физкультурно-оздоровительные занятия проходили в СК «Динамо» и на спортивной площадке «Планета друзей» г. Омска с детьми, имеющими отклонения в состоянии здоровья.

В исследовании приняли участие младшие школьники в возрасте 7-11 лет в количестве 12 человек. Были протестированы дети с аутизмом (n=6), синдромом Дауна (n=2), задержкой психического развития (n=3), синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (n=1).

Оценка результатов включала тестирование 5-ти основных физических качеств, таких как быстрота, сила, выносливость, координация и гибкость, которые оценивались с помощью возрастной физической нормы по В. И. Ляху.

Обработка результатов тестирования осуществлялась с помощью программ Microsoft Excel 2007. Данные программы включали в себя вычисление средних арифметических значений, стандартных отклонений, критерии Манна-Уитни и Вилкоксона. Критерии достоверности различия в изучаемых группах исследовались при уровне значимости  $p \leq 0,05$ . Использовалась формула Броди для подсчета темпов прироста:

$W = (100 * (V2 - V1)) / (0.5 * (V2 + V1))$ , где W-темпы прироста, V1-исходный результат, V2-конечный результат.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Для обоснования методики нами было проведено предварительное исследование. Дети с учетом диагноза условно были разделены на четыре группы. В первую группу входил ребенок с СДВГ, во вторую группу включали детей с аутизмом, в третью и четвертую группу входили дети с синдромом Дауна и ЗПР.

Нами были получены предварительные результаты по общей физической подготовке, указывающие о достоверных различиях между данными группами. У детей с ЗПР и синдромом Дауна показатели «бег на 30м с места», «челночный бег 3x10м», «прыжок в длину с места» результат был лучше по сравнению с детьми, имеющими аутизм. В тесте «наклон туловища вперед из положения стоя с прямыми ногами» у детей с ЗПР результаты были достоверно ( $p \leq 0,05$ ) больше, чем у детей с аутизмом и синдромом Дауна [5]. Таким образом, нами была выявлена неоднородность группы не только по основному диагнозу у детей, но и по уровню физической подготовленности.

После оценивания результатов тестирования юных футболистов, была разработана методика занятий по мини-футболу, направленная на развитие физических качеств детей. Занятие состояло из вводной, подготовительной, основной и заключительной части. В вводной части обучали детей приветствию, для осознания и понимания ребенка роли тренера и ученика, оценивали наличие спортивной формы. Подготовительная часть начиналась с ходьбы, плавно переходили на беговые упражнения. После беговой разминки выполняли общеразвивающие упражнения. Основная часть была разделена на блоки упражнений, направленных на повышение 5-ти основных физических качеств: быстроту, силу, выносливость, координацию, гибкость.

Для развития быстроты в первом блоке применяли беговые упражнения на короткие дистанции из разных исходных положений, на месте в быстром темпе, по сигналу, подвижные игры на скорость. Использовали упражнения с футбольным мячом, такие как: ведение мяча на короткие дистанции по прямой и обходя конусы, удары по



мячу с ускорением. Для развития силовых качеств во втором блоке развивали прыгучесть, тренировали силу рук и ног. Задания могли быть разные: выпрыгивание на месте с ускорением, прыжки вперед с ускорением, приседания с ускорением, броски мяча вверх над головой, метания левой, правой, обеими руками из-за головы, передачи по верху, низу, сбоку. Для развития общей выносливости в третьем блоке использовали циклические упражнения. Для развития координационных способностей в четвертом блоке применяли упражнения на равновесие, реагирование, ориентацию, дифференцирование и ориентировку в пространстве. Для улучшения равновесия использовали упражнения на скамейках, а также упражнения с ведением мяча по линии. Для улучшения реагирования применяли эстафеты, подаваемые по сигналу, бег с передачей мяча. Для улучшения ориентации включали мимическую и пантомимическую гимнастику, выполняли ведение мяча частью тела по команде тренера. Для улучшения дифференцирования выполняли забивание мяча ногой в ворота: внутренней стороной стопы, внутренней частью подъема, средней частью подъема, выбивание конусов футбольным мячом. Ориентировку в пространстве совмещали со скоростными качествами, выполняя различные варианты челночного бега (можно использовать игрушки), игровые задания с разворотами и сменой направления бега. Также дополнительно, для развития познавательных процессов на конусы можно прикрепить цветную бумагу, дать ребенку карточки с определенными цветами, которые будут совпадать цвету на конусе, попросить их относить к каждому конусу в зависимости от цветовой гаммы, при этом выполнять данное упражнение следует бегом. Для развития гибкости в пятом блоке использовали метод статического растягивания и многократного повторения. К многократному относились различные наклоны и повторные пружинящие движения, метод статического растягивания включал упражнения с дополнительной опорой или с тренером для дополнительного отягощения.

На занятии использовали нагрузки не только избирательного, но и комплексного характера, при этом учитывая последовательность выполнения блока, рациональность распределения объема, интенсивность нагрузки, а также особенности работы с данной категорией детей (табл.1).

Таблица 1

Нагрузка комплексного характера

блоки	быстрота	сила	выносливость	координация	гибкость
быстрота		*	*	*	*
сила	*		*		*
выносливость	*	*		*	
координация	*		*		*
гибкость	*	*		*	

Примечание: \*- комбинирование блоков

В заключительной части проводили малоподвижные игры на координацию с мячом, дыхательные, маховые, растягивающие упражнения.

Для экспериментального обоснования методики занятий по мини-футболу у данной категории детей было проведено контрольное тестирование, в котором мы можем наблюдать, что у детей произошли положительные изменения показателей по сравнению с исходными данными ( $p \leq 0,05$ ) во всех тестах. Влияние методики на показатели общей физической подготовленности представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели развития физических качеств детей с общими расстройствами поведения и психическими нарушениями «до» и «после» исследования

Показатели	До исследования X±σ	После исследования X±σ	Прирост по Бродуи (%)
Бег на 30 м с места (сек)	11,1±2,7	10,2±2,6*	-8,8 %
Прыжок в длину с места (см)	64±21	81±27*	22 %
Поднимание туловища из положения лежа на спине (количество раз за 1 минуту)	8±5	14±6*	77 %
Челночный бег 3 x 10 м (сек)	20,2±6,6	15,4±5,6*	-27,7 %
Наклон туловища вперед из положения стоя с прямыми ногами (см)	4±4	6±4*	34 %

Примечание: \*- достоверные различия ( $p \leq 0,05$ ) по критерию T - Вилкоксона между детьми с общими расстройствами поведения и психическими нарушениями

Нами были выявлены достоверные ( $p \leq 0,05$ ) улучшения во всех показателях. Максимальные темпы прироста наблюдались в тесте «прыжок в длину с места», «поднимание туловища из положения лежа на спине», «наклон туловища из положения стоя с прямыми ногами». В тесте «бег на 30м с места», «челночный бег 3x10м» были получены отрицательные результаты, так как дети затратили меньше времени на преодоление заданной дистанции.

Таким образом, систематические занятия мини-футболом позволили детям с общими расстройствами поведения и психическими нарушениями улучшить свои двигательные качества, развивать познавательные процессы, что в результате отражалось на их гармоничном физическом и духовном развитии.

### Выводы

1. Методика по мини-футболу для детей с общими расстройствами поведения и психическими нарушениями была направлена на развитие общей физической подготовленности посредством занятий мини-футболом.

2. В процессе развития физических способностей на занятиях использовались нагрузки избирательного и комплексного характера. В работе основная часть была разделена на блоки упражнениями. К первому блоку относились средства для развития быстроты движений, ко второму блоку средства для развития силовых качеств, к третьему блоку средства для развития общей выносливости, к четвертому блоку средства для развития координационных способностей, к пятому блоку средства для развития гибкости.

3. Эффективность разработанной методики по данным математической статистики свидетельствуют о том, что физкультурно-оздоровительные занятия по мини-футболу положительно влияли на общую физическую подготовку. Темпы прироста отмечены во всех физических качествах, особенно выросли показатели общей выносливости, гибкости, координации и силы.

### Библиографический список

1. Бишаева А. А. Физическая культура / А. А. Бишаева, В. В. Малков. – М.: КНОРУС, 2016. – 312 с.
2. Гаврилова Т.М. Диагностическая программа оценки эффективности реабилитации лиц с ограниченными функциональными возможностями средствами

адаптивной физической культуры и спорта // Спорт, физическая культура, здоровье: состояние и перспективы совершенствования. Сборник научн. трудов. - Тюмень, 2002. – С. 79-81.

3. Гамидова С. К. Содержание и направленность физкультурно-оздоровительных занятий / Гамидова С. К.; [Смол. гос. акад. физ. культуры, спорта и туризма]. - Смоленск, 2012. - 19 с.

4. Иванова О. Н. Комплексная программа абилитации детей – инвалидов с ментальными нарушениями в возрасте с 10 до 18 лет по базе реабилитационного центра «Ради будущего» - Нижневартговск, 2017. - 42с.

5. Мусралинова А. Х., Стоцкая Е. С., Налобина А. Н. Оценка физической подготовленности юных футболистов с общими расстройствами поведения и психическими нарушениями // Актуальные проблемы адаптивной физической культуры и спорта: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием – Омск, изд-во СибГУФК, 2019. – С. 178-185.

УДК 796.015.15

**Саламашкина Н.В.**, инструктор по адаптивной физической культуре,  
тренер по адаптивному каратэ  
Казанский (Приволжский) федеральный университет  
(филиал в г. Набережные Челны), Российская Федерация  
**Бубнов Г.Н.**, тренер по каратэ  
МБУ «Спортивная школа единоборств олимпийского резерва «Кэмпо»  
г. Набережные Челны, Российская Федерация

### **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА ЛИЦ С СИНДРОМОМ ДАУНА В АДАПТИВНОМ КАРАТЭ (из опыта работы)**

***Аннотация.** В данной статье авторами рассмотрены возможности вовлечения детей с синдромом Дауна в занятия адаптивным каратэ. Представлены их особенности, влияющие на возможность заниматься данным видом спорта этой группы. Также приведены некоторые методы тренировок из опыта работы.*

***Ключевые слова:** синдром Дауна, особенности развития, адаптивное каратэ, опыт работы.*

### **ACTUAL PROBLEMS OF TRAINING PROCESS PERSONS with DOWN SYNDROME in ADAPTIVE KARATE (from experience)**

***Abstract.** In this article the authors consider the possibility of involving children with down syndrome in adaptive karate. Presented their characteristics that affect the ability to engage in the sport in this group. Also some training methods from work experience are given.*

***Keywords:** Down syndrome, features of development, adaptive karate, work experience.*

В данной статье мы расскажем о секции каратэ «Hinomaru» («Солнечный круг»), которая существует уже два года в г. Набережные Челны (Татарстан). В этой секции занимаются дети от 5 лет и молодые люди до 25 лет только с синдромом Дауна (далее – СД).

Тенденция развития в современном обществе отношения к людям, имеющим устойчивые отклонения в состоянии здоровья, позволяет поднимать вопрос о необходимости формирования у них активности в области занятий физкультурно-

спортивной деятельностью. Несмотря на генетическую обусловленность СД, наличие проблем различных сфер взаимодействия и недостаточность эффективного лечения, существуют определенные пути их адаптации в социуме [1]. Один из этих путей – это занятия адаптивным спортом. Стратегия развития физической культуры и спорта в России на период до 2020 года ставит цели, которые должны обеспечить максимальную компенсацию дефекта у людей с особенностями здоровья. Поэтому наша цель – это укрепление здоровья наших воспитанников, развитие их физических качеств и локомоторной базы, а самое главное – формирование личности ребёнка с СД.

К сожалению, проводимый нами анализ методических трудов по спортивной работе с детьми с СД в области каратэ, не дал выявить достаточного количества разработок. На сегодня найдены данные, которые обосновывают возможность использования таких разработок в адаптивном футболе, плавании, гимнастике [2, 5]. Наша практика испытывает острую необходимость в разработке рекомендаций по организации двигательной активности, способах и механизмах поддержания активности и внимания на тренировках. Ведь адаптивное каратэ - бесконтактный, безопасный и захватывающий вид спорта. Им могут заниматься инвалиды практически всех нозологических групп и любого возраста, начиная с детей 5-ти лет и заканчивая людьми старшего возраста. В процессе работы мы убедились, что обучения элементам каратэ очень положительно влияет на наших воспитанников. У них не только улучшаются двигательные функции, но и улучшается осанка. А запоминание движений при демонстрации ката стимулирует не только физическое, но и умственное развитие.

Исследования детей с СД показали, что эти дети «наряду с отставанием в интеллектуальном развитии, имеют не менее серьёзные проблемы с развитием движений – врожденный гипотонус, недостаточные и однообразные реакции равновесия, сложности с любым движением, требующим ротации туловища... и неправильные образцы движений...» [3]. И хотя данное генетическое заболевание неизлечимо, а некоторые врачи до сих пор считают, что дети с СД относятся к категории необучаемых, наши каратэки достигли значительных успехов в занятиях каратэ стиля Шотокан. Участвовали в нескольких соревнованиях, сдавали экзамены на пояса. Конечно, при занятиях с такими детьми есть ряд существенных трудностей. Несмотря на то, что многие считают «солнечных детей» очень добрыми, можем заверить, что они такие же разные, как и обычные дети: есть и добрые, и капризные, и ленивые, и те, кто занимается с большим желанием. Т.е. каждый ребёнок с СД, как любой из нас, индивидуален и задача тренера - искать подход к каждому. Особенность этих детей в том, что они должны принять тренера, как личность; в противном случае они просто «объявят забастовку». И никакие «воспитательно-силовые» методы (как в работе с обычными детьми) не дадут никаких результатов. Опыт тренировочной деятельности в секции, где занимаются дети с другими умственными отклонениями, позволил нам прийти к выводу, что воспитанники с СД всё-таки имеют биологические и психофизические черты, которые не дают эти две группа рассматривать как моногенные и имманентные. Поэтому результаты тренировочной деятельности в данной ситуации нельзя корректно сопоставить.

Большое число детей с СД страдают тяжелыми соматическими заболеваниями, которые сопутствуют синдрому. Например, порок сердца. Это сказывается на их общем развитии. Многие наши каратэки перенесли операции (а кто-то и несколько) на сердце, что требует очень внимательной и чёткой дозировки нагрузок на тренировках, особенно в начальной стадии занятий.

При работе с любыми детьми-инвалидами тренер обязан иметь чёткое понимание патогенеза патологии и проводить мониторинг, который даст возможность разделить детей в секции на условные подгруппы с учётом сохранности у них интеллекта. В нашей работе это даёт возможность соотнести интеллект с особенностями двигательных возможностей, что позволяет варьировать физические задания во время тренировок. Но

правильные или не правильные движения они выполняют, дети с СД самостоятельно не осознают.

Как уже упоминалось, у людей с СД снижен мышечный тонус, телесная чувствительность, часто - слух и зрение. У них чрезмерная подвижность суставов, связанная со слабостью и малой эластичностью связок, которые соединяют кости; недостаточность реакций равновесия; нарушение сенсорного восприятия, вестибулярной чувствительности, отвечающих за моторику и определение тела в пространстве. Пониженный мышечный тонус тормозит развитие навыков, которые требуют участия соответствующих мышц. Как следствие, у детей с СД мышцы слабее, чем у большинства других детей. У некоторых детей руки и ноги короткие, сравнительно с длиной их туловища. Им труднее научиться садиться, поскольку он не может опереться на руки, пока не наклонится вперед. Также в своей работе мы наблюдаем трудности с сжатием и удержанием в таком состоянии кулаков. Некоторые дети склонны к полноте, что может тормозить их физическое развитие. Многие испытывают трудности с координацией движения. На разминке, при выполнении круговых движений кистью, почти у всех первоначально кисть двигалась вверх-вниз. Нами был опробован удачно следующий метод: на картоне наклеивали бумажные круги. Родители держали картонки, а дети пытались сжатым кулаком описывать изображение круга. Надо упомянуть, что на первоначальном этапе тренировки проходили совместно с родителями. Целями было следующее: помощь в выполнении упражнений, изучение техники самими родителями для того, чтобы могли контролировать повторение и закрепление материала дома. Практически все, надо сказать, много занимаются дома. Родители рассказывают, что дети с удовольствием показывают то, чему научились, родственникам, гостям. И при этом тренер делает немаловажный для себя вывод: он видит, в какой семье взаимопонимание, а где проблемы в отношениях внутри семьи, кто занимается развитием своего ребенка, а кто – нет.

Развитие речи, в целом, происходит с задержкой, при этом остается недоразвитой на протяжении всей жизни. Но некоторые из воспитанников освоили счёт до 10 на японском языке. Хотя достижение хорошей разборчивости речи затруднено, но многократные повторения на тренировке хорового счёта, стимулирует их и приносит свои плоды. Даже те, у кого речь практически отсутствует, вместе с другими пытаются издавать звуки. Это же наблюдается при попытках кричать «киай» и даже в назывании ката.

Еще одна трудность на тренировках – это бедный словарный запас и то, что он развивается с задержкой. Поэтому очень тяжело объяснять таким детям при отработке, например стойки, что надо поставить ноги вместе или ступни параллельно, или под углом  $90^{\circ}$ . В данной ситуации, только наглядность и ещё раз наглядность! И буквально каждому многократная постановка ног «вручную». Также затруднены первоначально понятия «право-лево». Мы покупали красные и зеленые резинки для волос и надевали их на запястья, одновременно закрепляя у детей и знание цветов.

Следующая трудность работы с такими детьми – это особенности их интеллектуального развития:

- сниженная скорость восприятия материала и формирования ответа;
- необходимость большого количества повторений для усвоения материала;
- низкая концентрация внимания при фронтальной работе, например, когда тренер обращается сразу ко всей группе.

Конечно, у детей с СД есть и сильные стороны. У них хорошее зрительное восприятие и зрительная память, способность к наглядному обучению. Эти дети способны к подражанию. И при закреплении после многократного повторения каких-либо элементов, память сохраняет их на долгое время. Если мы хотим достигнуть успешного взаимодействия, опираясь на сильные стороны воспитанников, то надо уделять внимание визуальной составляющей, давая понятную зрительную подсказку;

объясняя что-то, говорить необходимо простыми словами, короткими предложениями, используя жесты; нельзя этих детей торопить, давая им достаточно времени для понимания вопроса. Ориентироваться тренеру надо на получение простых ответов («да», «нет»), поэтому нельзя задавать вопросов, требующих развернутых ответов.

На тренировках с такими детьми мы используем знакомые для них предметы. Поскольку у таких детей нарушено чувство пространства и устойчивости, то в этом случае очень помогло упражнение, предложенное одним из авторов статьи – Бубновым Г.Н. – с палкой и обручем. Поставив палку в середину обруча, дети отрабатывают развороты, помогая себе с помощью палки вернуться в исходное положение, удерживая равновесие.

Предложенные на занятии скакалки, вызвали первоначально непонимание, что с ними делать. Показали, что можно прыгать. Но в силу проблем с вестибулярным аппаратом прыжки не получались. Самый любимый атрибут на тренировке – мячик. На семинарах, проводимых Бубновым Г.Н. для детей нашей секции, было разучено много полезных упражнений с мячиками, которые дети выдели впервые. Также им очень нравится мяч «Фитбол». Наблюдения дают сделать вывод, что упражнения на нём хорошо расслабляют мышцы. Как показали наблюдения, «даунята» не любят повторений в игровых упражнениях. Но если им какое-то действие понравилось, то они будут с радостью его выполнять. А если нет, то отказ будет категоричен!

Что касается вопросов кумитэ, то тут мы пока не пришли к единому мнению. Воспитывать в этих детях какие-то бойцовские качества сложно. Во-первых, они могут быть неправильно ими восприняты. Во-вторых, мы убедились на примере своих воспитанников (в других секциях, несомненно, может быть по-иному), что в паре они работают только с тренером. Видимо, где-то на подсознательном уровне заложено табу – «нельзя ударить себе подобного».

Несколько слов об участии в соревнованиях любых видов. Дети очень хорошо понимают, что это не просто тренировка в другом зале, они внутренне собираются и выдают хорошие результаты. Проблема здесь одна - определение судейским корпусом критериев оценки. Как сравнить ребёнка 7-9 лет и взрослого юношу 22-23 лет? Ведь умственное развитие у них практически на одном уровне. При этом судьи из высококлассных тренеров или действующих спортсменов должны вопреки своим знаниям оценить лишь внешнюю форму выступления. И пока что, каратисты с СД не попадают в отдельную классификацию спорта лиц с интеллектуальными нарушениями. По этой причине соревнования с участием людей с СД не внесены в календари спортивных событий. Это значит, что на их участие в этих мероприятиях не выделяется финансирования на проезд, экипировку и прочее. Надо надеяться, что мы обратимся к международному опыту, где существует несколько спортивных движений, которые поддерживают спорт для людей с ментальными нарушениями, в том числе, с синдромом Дауна, и проводят международные чемпионаты и игры. Но для этого необходимо, чтобы наши спортсмены стали заметны для общественности. Для этого у них должна быть возможность демонстрировать свои спортивные навыки и показывать хорошие результаты на соревнованиях различных уровней.

Конечно, достижения наших воспитанников – это не движение вверх, как у обычного ребёнка, это скорее – преодоление ступенек. Но постепенно, несомненно, мы поднимаемся! А родители особенных детей должны помнить, что пока их ребёнок учится – идёт его развитие, как только им надоедает «таскать» его на тренировки в любую погоду и на любое расстояние и он начинает сидеть дома, тут же развитие прекращается, начинается деградация.

Уникальность адаптивного каратэ для детей с СД, что он воздействует не только на физическое развитие. Тренировки и участие в спортивных мероприятиях улучшают познавательную деятельность, развивают речь, оказывают положительное влияние на его будущую социализацию в обществе, эмоциональное состояние и, как следствие,

психологическое развитие и становление характера. Любое достижение делает нас всех более уверенными в себе и мотивирует добиваться новых успехов. Несмотря на возвращение в паралимпийское движение ИНАС-ФИД, ситуация со спортом для людей с СД в России складывается так, что данная категория спортсменов пока что остается самой ущемленной. Вероятно, это связано с тем, что в ИНАС-ФИД нет деления спортсменов на классы. Получается, что спортсмены с СД даже при допуске их к соревнованиям, должны выступать с теми участниками, которые имеют умственную отсталость, но у них нет тех особенностей и проблем, которые характерны для синдрома Дауна. Практически полностью отсутствует поддержка особых спортсменов, которые имеют высокий потенциал и могли бы достойно выступать на соревнованиях среди людей с интеллектуальными нарушениями и людей с СД. Хотя по всему миру соревнования для людей с нарушенным интеллектом проводятся под патронажем международной организации «Special Olympics Ink.» уже с 1968 года.

В заключении хочется отметить, что наше общество должно понять и принять для себя истину, что дети и люди с различными видами инвалидности есть, они живут рядом с нами. Они также хотят заниматься спортом, тренироваться, поэтому руководители разных уровней должны создавать условия для работы с такими детьми, поддерживая тех тренеров, которые кладут на свои плечи столь тяжёлый труд.

### Библиографический список

1. Ключков, В.О. Социально-философское осмысление познавательного процесса при синдроме Дауна (обзор) // сборник статей XI МНПК в 3ч. – 2018. – С.14-16
2. Набадчикова, С.Н. и др. Основные направления в реабилитации детей с синдромом Дауна // «Дом ребёнка специализированный» Амурский медицинский журнал. – 2015, № 1 (9). – С.68-70
3. Чельшева, М.В., Урядницкая, Н.А. Профиль развития как основа разработки программ ранней помощи // Синдром Дауна XXI век. – 2008, № 1. – С.12-19
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры. Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии [Текст] // Л.В. Шапкова; Под ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Сов. Спорт, 2001.
5. Шипицына, Л.М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта [Текст] // Л.М. Шипицына. - СПб.: Речь, 2005.

УДК 796.035

**Стоцкая Е.С.**, кандидат биологических наук  
Сибирский государственный университет физической культуры и спорта  
г. Омск, Российская Федерация  
elst1985@mail.ru

### ПРИМЕНЕНИЕ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩИХ УПРАЖНЕНИЙ НА ЗАНЯТИЯХ АДАПТИВНЫМ ПЛАВАНИЕМ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

*Аннотация.* В статье представлена методика секционных занятий адаптивным плаванием с использованием коррекционно-развивающих упражнений детей с детским церебральным параличом.

*Ключевые слова:* секционные занятия, адаптивное плавание, дети с детским церебральным параличом.

## APPLICATION OF THE CORRECTIONAL DEVELOPING EXERCISES ON OCCUPATIONS ADAPTIVE SWIMMING OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY

*Abstract.* The technique of section occupations by adaptive swimming with use of the correctional developing exercises of children with cerebral palsy is presented in article.

*Keywords:* section occupations, adaptive swimming, children with cerebral palsy.

Основным инвалидизирующим заболеванием нервной системы в детском возрасте является церебральный паралич [6]. Клиническая картина данной нозологии полисиндромна. Однако основным проявлением всегда являются двигательные нарушения [4]. От их выраженности во многом зависят качество жизни ребенка и его социализация [5]. Многолетняя практика работы специалистов разных стран с лицами, имеющими инвалидность, свидетельствует об эффективной реабилитации данного контингента средствами адаптивного спорта. Наиболее популярным видом спорта среди детей и подростков, имеющих детский церебральный паралич (ДЦП), является адаптивное плавание [1].

Как правило, дети, приходя в секцию по адаптивному плаванию, еще не умеют держаться на воде и плавать. При этом у них наблюдается ряд особенностей функционального состояния опорно-двигательного аппарата (ОДА), связанный с их основным инвалидизирующим заболеванием, таких как наличие тонических рефлексов, контрактуры суставов, повышенный или пониженный мышечный тонус и многое др. Такие нарушения мешают освоению основных двигательных навыков и умений, необходимых в плавании. В связи с чем, по нашему мнению, «фундаментом» успеха освоения специализированных движений в водной среде является большой объем нагрузки, приходящейся на максимальную коррекцию имеющихся дефектов ОДА, а так же обучение и совершенствование техники плавания в выбранном виде. В то же время изучение научно-методической литературы выявило недостаточное количество рекомендаций по применению коррекционно-развивающих средств на секционных занятиях по адаптивному плаванию у детей с детским церебральным параличом.

**Цель работы** – теоретически и экспериментально обосновать рекомендации по применению коррекционно-развивающих средств на занятиях адаптивных плаванием детей с детским церебральным параличом.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе кафедры теории и методики адаптивной физической культуры и бассейна «Альбатрос» СибГУФК г. Омск с сентября 2017 по ноябрь 2018 года. В нем приняло участие 6 детей с ДЦП в возрасте от 6 до 12 лет. Четыре ребенка имели диагноз G.80.1 Спастическая диплегия (50%), G.80.2 Детская гемиплегия (левосторонняя) и G.80.4 Атаксический церебральный паралич.

Секционные занятия адаптивным плаванием проводились 2 раза в неделю во второй половине дня. Длительность каждого занятия составляла 60 минут. Исследование двигательных нарушений у детей с ДЦП включало исследование двигательной активности по шкале GMFCS [5], мышечного тонуса по шкале спастичности Эшворта. Неврологическое обследование было направлено на выявление наличия тонических рефлексов (ассиметричного шейно-тонического (АСШТР), симметричного шейно-тонического (СШТР), лабиринтного тонического (ЛТР)). Так же оценивались двигательные навыки, формируемые в водной среде по методике, разработанной ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания Российской академии образования» [2].

Статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью программы Microsoft Excel. Методами вариационной статистики рассчитывалось среднее значение и ошибка средней. Оценка различий в изучаемой группе проводилась методами



непараметрической статистики сравнения (Т - критерий Вилкоксона). Темпы прироста показателей рассчитывались с помощью формулы Броуди.

### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Предварительные исследования функционального состояния опорно-двигательного аппарата у детей с ДЦП, занимающихся адаптивным плаванием показали наличие тонических рефлексов и нарушение мышечного тонуса различной выраженности. Основываясь на данных осмотра, опроса родителей определены исходные уровни развития занимающихся детей с ДЦП по шкале GMFCS, которые распределились следующим образом: 5 детей – II уровень (83%), 1 ребенок – IV уровень (17%). На момент начала занятий адаптивным плаванием все дети не умели держаться на воде и плавать.

На основе предварительных исследований нами была разработана методика занятий адаптивным плаванием. Исходя из того, что у детей имелись особенности функционального состояния опорно-двигательного аппарата, мешающие обучению новым двигательным умениям и навыкам, необходимых в плавании, большая часть занятия была посвящена решению корректирующих задач. Так к ним относились: стимуляция угасания тонических рефлексов, нормализация мышечного тонуса. Решение данных задач осуществлялось посредством включения в занятие элементов гидрореабилитации в виде имитаций укладок с помощью одевания на ребенка надувных элементов: круги на шею и туловище, нарукавники на руки и ноги. При нахождении ребенка в таком искусственном положении в воде создавались условия, направленные на гашение патологических тонических рефлексов. При этом расслаблялись и растягивались грудные мышцы, прямая мышца живота, мышцы шеи. При коррекции тонических рефлексов и расширении двигательной активности в процессе занятий адаптивным плаванием происходило снятие надувных элементов с тела ребенка. Сначала снимали круг с туловища. Затем при необходимости проработки отдельных мышечных групп с учетом индивидуальных особенностей двигательных нарушений у ребенка с ДЦП убирали надувные элементы с конечностей по диагонали: с правой руки и левой ноги, затем тоже с другой стороны. Так же в начале занятия выполнялись пассивные упражнения с максимально возможной амплитудой и в медленном темпе. Необходимо было следить за удержанием головы в средней линии, взгляд ребенка прямо перед собой, положение подбородка - параллельно зеркалу воды, рука при движении так же двигалась параллельно глади воды. Данный методический прием стимулировал угасание тонических рефлексов и появление установочных. Для повышения силы паретичных конечностей вслед за пассивными упражнениями проводились активные.

К развивающим задачам относились обучение специализированным двигательным навыкам в плавании, таким как выдохи в воду, движения ногами и руками в стиле кроль, формирование согласованных движений и дыхания. Начинали с обучения выдохам в воду в своем темпе в количестве до 10 раз. Затем выполнялась отработка специализированных двигательных навыков – движение ногами, движения руками. Применялись такие развивающие средства как, например, игра «Плавающий фонтан». Она способствовала усвоению навыка движение ногами при плавании кролем на груди, где дети, держась за доски для плавания, прямыми руками должны были правильно работать прямыми ногами, создавая при этом брызги. Далее следовали упражнения на формирование навыка работы руками в стиле плавания кроль и согласование движений и дыхания. В конце занятия применялись игровые упражнения с мячом и игра «Буксир», которое способствовало растяжению мышц туловища и формированию координации. Заканчивалось занятие упражнением «Звездочка» на спине, которое выполнялось при помощи взрослого при снятии надувных элементов с ребенка. По мере привыкания ребенка к водной среде и увеличения скорости плавания, выносливости и силы на руки и ноги были применены утяжелители для бассейна.

В результате совместного применения коррекционно-развивающих средств на занятиях адаптивным плаванием у детей с ДЦП было выявлено полное или постепенное угасание тонических рефлексов. ЛТР и СШТР угасли у 2-х (30%), а АСШТР у 3-х (50%) детей.

В показателях оценки мышечного тонуса у детей с ДЦП после проведенного исследования наблюдалась тенденция к снижению тонуса мышц в нижних конечностях (таблица 1).

Таблица 1

Показатели мышечного тонуса у детей ДЦП до и после педагогического исследования (в баллах),  $M \pm \delta$

№	Мышечные группы		До	После	Темпы прироста, %	
1	Плечо	Разгибающие	Левое	0,5±0,5	0,3±0,3	6,67±6,67
2			Правое	1,0±0,6	0,7±0,4	13,33±8,43
3		Сгибающие	Левое	0,5±0,5	0,3±0,3	6,67±6,67
4			Правое	1,0±0,6	0,7±0,4	13,33±8,43
5	Предплечье	Сгибающие	Левое	0,2±0,2	0,2±0,2	0
6			Правое	0,7±0,5	0,5±0,3	6,67±6,67
7		Разгибающие	Левое	0,2±0,2	0,2±0,2	0
8			Правое	0,5±0,3	0,3±0,2	11,11±11,11
9	Бедро	Сгибающие	Левое	0,8±0,4	0,3±0,2	55,56±31,82
10			Правое	1,0±0,4	0,7±0,3	22,22±14,05
11		Разгибающие	Левое	1,2±0,4	0,7±0,2	33,33±14,91
12			Правое	1,2±0,4	0,7±0,3	55,56±31,82
13	Голень	Сгибающие	Левое	0,7±0,4	0,5±0,3	11,11±11,11
14			Правое	1,2±0,4	0,8±0,3	22,22±14,05
15		Разгибающие	Левое	1,2±0,5	0,8±0,3	17,78±11,76
16			Правое	1,3±0,4	1±0,3	17,78±11,76

Наибольшие приросты, описанных в таблице 1 показателей, выявлены в мышечных группах сгибающих левое и разгибающих правое бедро.

Анализ полученных данных оценки двигательных навыков, формируемых в водной среде, у детей показал достоверное ( $p \leq 0,05$ ) увеличение показателей лежания на груди, лежание на спине, плавание с пенопластовой доской при помощи движения ног способом кроль на груди (таблица 2).

Таблица 2

Показатели оценки двигательных навыков в воде у детей с ДЦП до и после педагогического исследования (в баллах),  $M \pm \delta$

№	Показатели	Норма	До	После	Темпы прироста, %
1	Ориентирование в воде с открытыми глазами	4	2,17±0,4	2,7±0,2	28,89±13,52
2	Лежание на груди	4	1,7±0,2	3,3±0,5*	61,11±13,38
3	Лежание на спине	4	1±0	2,2±0,3*	66,67±14,91
4	Плавание с пенопластовой доской при помощи движений ног способом кроль на груди	4	1,5±0,2	2,7±0,3*	56,67±13,74
5	Плавание произвольным способом	4	1±0	2,2±0,4	61,11±20,03

\*-достоверные различия при уровне значимости  $P \leq 0,05$  по  $T$  – критерию Вилкоксона.

При этом наибольшие темпы прироста показателей выявлены в тестах лежание на груди, лежание на спине, плавание с пенопластовой доской при помощи движений ног способом кроль на груди, плавание произвольным способом.

#### **Выводы:**

1. Методика физкультурно-оздоровительных занятий адаптивным плаванием у детей с ДЦП должна включать как развивающие, так и корригирующие части. Корригирующая часть содержит упражнения направленные на устранение тонических рефлексов и контрактур суставов, снижению мышечного тонуса, развивающая - на освоение специализированных навыков необходимых в плавании и расширении двигательной активности.

2. В течение исследования нами выявлено достоверное ( $p \leq 0,05$ ) улучшение показателей двигательных навыков в воде, а так же тенденция улучшения мышечного тонуса в нижних конечностях и гашение тонических рефлексов у детей с ДЦП.

*Автор благодарит Ю. и Д. Самсоновых за помощь в подготовке данной статьи.*

#### **Библиографический список**

1. Евсеев С. П. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы / С.П.Евсеев, С.Ф. Курдыбайло. – М., 2010. – 488 с.

2. Система классификации больших моторных функций при церебральном параличе / Robert Palisano, Peter Rosenbaum, Stephen Walter, Dianne Russell, Ellen Wood, Barbara Galuppi, 1997 [электронный ресурс] [https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/077/original/GMFCS-ER\\_Translation-Russian.pdf](https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/000/077/original/GMFCS-ER_Translation-Russian.pdf), дата обращения: 01.02.2019

3. Рабочая программа по обучению плаванию детей дошкольного возраста от 4 до 7 лет [электронный ресурс] <http://www.mdoul188.vrn.ru/resurs/swimming.pdf> дата обращения: 25.12.2018

4. Вах, М., Tydeman, С., Flodmark, О. (2006). Clinical and MRI Correlates of Cerebral Palsy: The European Cerebral Palsy Study. *JAMA*. 296(13). [электронный ресурс] <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=203508> дата обращения: 25.12.2018

5. O'Shea, Т. М. (2008). Diagnosis, Treatment, and Prevention of Cerebral Palsy in Near-Term/Term Infants. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 51(4). [электронный ресурс] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3051278/> дата обращения: 25.12.2018

6.Pakula, A. T., Van Naarden Braun, K., Yeargin-Allsopp, M. (2009). Cerebral palsy: Classification and Epidemiology. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 20(3). Retrieved [электронный ресурс] <http://integraronline.com.br/admin/download/20100324235948.pdf> дата обращения: 25.12.2018

УДК 612.825.1

**Таламова И.Г.**, кандидат биологических наук, доцент  
Сибирский государственный университет физической культуры и спорта  
г.Омск, Российская Федерация  
talairina@yandex.ru  
**Вернер В.В.**, профессор  
Сибирское государственное училище (колледж) олимпийского резерва  
г.Омск, Российская Федерация  
info@oguor.ru

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО БИОУПРАВЛЕНИЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ СПОРТСМЕНОВ-ИНВАЛИДОВ**

***Аннотация.** В статье рассматриваются перспективы использования технологии биоуправления в тренировочном процессе спортсменов-инвалидов и результаты использования (психофизиологические эффекты) мультипараметрического биоуправления в восстановительном микроцикле пловцов-инвалидов.*

***Ключевые слова:** биоуправление, спортсмены, психофизиологическое состояние.*

### **THE USE OF MULTIPARAMETRIC BIOFERTILIZATION IN THE PREPARATION OF ATHLETES WITH DISABILITIES**

***Abstract.** The article discusses the prospects of using bio-control technology in the training process of disabled athletes and the results of the use (psychophysiological effects) of multiparametric biofeedback in the recovery microcycle of disabled swimmers.*

***Key words:** biofeedback, athletes, psychophysiological state*

Одной из актуальных задач современного адаптивного спорта является поиск эффективных методов повышения резервных возможностей и восстановления организма спортсменов-инвалидов. В литературе встречается достаточно большой арсенал педагогических, психологических, медико-биологических средств. Вместе с тем, существует ряд требований, которым должны отвечать современные средства, а именно высокая эффективность, полная безвредность, отсутствие побочных эффектов, инновационность.

Одной из активно развивающихся инновационных технологий в адаптивном спорте является технология биоуправления, основанная на биологической обратной связи. С помощью данной технологии возможно обучить спортсмена осознавать физиологические процессы, уметь контролировать физиологические параметры и обучить навыкам саморегуляции [1,2,4].

В современном адаптивном спорте большое внимание уделяется психическому и психофизиологическому состоянию спортсменов, являющихся важными в достижении спортивной цели.

Для достижения спортсменом высоких результатов в любом избранном виде адаптивного спорта приоритетной задачей является поддержание состояния

оптимального функционирования организма на всех этапах подготовки. Оптимальное функционирование – это психофизическое состояние, которое обеспечивает мобилизацию организма для максимально результативного выполнения спортивных задач, при минимальных затратах организма спортсмена [3].

В данной статье приводятся данные о результатах использования мультипараметрического биоуправления в тренировочном процессе (восстановительный микроцикл) спортсменов-инвалидов и его влиянии на психофизиологическое состояние.

Экспериментальная часть работы проводилась на базе Межкафедральной научно-исследовательской лаборатории «Медико-биологическое обеспечение спорта высших достижений» СибГУФК и кафедры Теории и методики адаптивной физической культуры. В исследовании приняли участие 8 пловцов высокой квалификации с поражением опорно-двигательного аппарата. Все спортсмены принимали участие в эксперименте добровольно, ознакомившись с содержанием методики. До и после проведения тренинга оптимального функционирования (ТОФ) проводилась психофизиологическая диагностика с помощью аппаратно - программного комплекса «Спортивный психофизиолог» (ООО НМЦ Аналитик). Регистрировались следующие показатели: время простой сенсомоторной реакции на световой и звуковой сигнал, время реакции на движущийся объект, время сложной сенсомоторной реакции выбора, длительность индивидуальной минуты.

Тренинг оптимального функционирования проводился с помощью программно-аппаратного комплекса «БОСЛАБ» (г.Новосибирск). В связи с тем, что спортсмены находились в недельном восстановительном микроцикле, с каждым было проведено 5-6 сеансов тренинга.

С учетом специфики вида спорта и задач восстановительного микроцикла ТОФ включал в себя три этапа: диагностический, тренировочный и реабилитационно-восстановительный. Диагностический этап включал чередование сессий отдыха и напряжения (регистрация бета-ритма, альфа-ритма, фронтальной электромиограммы и кардиоциклов). Тренировочный этап является основным и включал произвольное повышение альфа-ритма при условии снижения показателей электромиограммы и увеличение длительности кардиоциклов. Реабилитационно-восстановительный этап использовался при жалобах на мышечные боли в верхних конечностях и включал миографический тренинг. Все сеансы ТОФ проводились индивидуально, в удобное для спортсменов время. Продолжительность тренинга -20-30 минут. Следует отметить, что использование одномоментно нескольких показателей для произвольной регуляции значительно затрудняло эффективность, поэтому более трех регулируемых показателей мы не использовали.

При анализе полученных данных были получены результаты, свидетельствующие об изменениях изучаемых показателей. Время сенсомоторной реакции отражает подвижность психофизических процессов, способность быстро переходить из состояния возбуждения в состояние торможения, кроме этого возможно объективно оценить текущее функциональное состояние ЦНС. На начало исследования у спортсменов показатели уровня сенсомоторной реакции составляли: на свет  $0,38 \pm 0,09$ с при норме  $0,26-0,33$ с, на звук  $0,49 \pm 0,14$ с при норме  $0,31-0,37$ с – это свидетельствует о преобладании процессов торможения, утомления (все спортсмены проходили тестирование после участия в соревнованиях). После проведения пяти-шести сеансов ТОФ изучаемые показатели изменились на достоверном уровне: время реакции на свет -  $0,27 \pm 0,02$ с; время реакции на звук -  $0,38 \pm 0,06$ с.

Не точные, запаздывающие реакции на движущийся объект ( $0,52 \pm 0,16$ с) свидетельствовали о наличии первых признаков утомления и указывали на то, что у большинства обследуемых спортсменов преобладали тормозные процессы в ЦНС. После проведения эксперимента данный показатель имел тенденцию к улучшению и составил -

0,35±0,07. Мы предполагаем, что недостоверная разница результатов обусловлена недостаточным количеством сеансов биоуправления.

Также в ходе проведения исследования нами оценивалось время реакции выбора, по показателям которой можно судить об устойчивости нервной системы спортсмена, так как сложность реакции выбора зависит от множества возможных изменений обстановки во время соревнований или тренировки. Данный показатель у спортсменов до проведения курса тренинга был в пределах нормы и составлял 0,36±0,08 с и не изменился после курса ТОФ. Длительность индивидуальной минуты составила 53,7±8,07с при норме 48-53 с, после тренингов 55,10±4,45 с ( $P<0,05$ ). Низкие значения индивидуальной минуты указывают на повышение тревожности человека, на психоэмоциональное возбуждение. Все спортсмены после тренинга отметили улучшение самочувствия и качество сна.

Вопросы использования в отечественном спорте технологий, основанных на биологической обратной связи, достаточно не изучены. Поэтому возможность сочетания технологий биоуправления (нескольких параметров) и внедрение их в тренировочный процесс спортсменов-инвалидов является актуальной и перспективной задачей на сегодняшний день. Курс тренинга оптимального функционирования, состоящий из пяти - шести ежедневных сессий позволил сделать выводы о положительных изменениях в психофизиологическом состоянии спортсменов-пловцов.

### Библиографический список

1. Ибрагимова Т.В. Адаптивное биоуправление в психологической подготовке спортсменов /Т.В. Ибрагимова // Современные технологии: актуальные вопросы, достижения и инновации: сб. статей победителей V Международной научно-практической конференции, 2017. – С.168-171.

2.Красильников А.Н. Использование принципов биоуправления для оптимизации тренировочного процесса /А.Н. Красильников, А.В. Усачева, А.А. Красильникова // Материалы XII Международной научно-практической конференции, 2018. – С.344-348.

3.Кривошеев С.Д. Срочные психофизиологические эффекты тренинга оптимального функционирования у пловцов /С.Д. Кривошеев, И.Г. Таламова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы и перспективы развития физической культуры и спорта». 2018. - С.83-85.

4.Разинкин С.М. Методы биоуправления: теория и практика, применение в спортивной психофизиологии /С.М. Разинкин, А.М. Чернизов, С.А. Исайчев, В.В. Петрова, С.Е. Назарян, А.Д. Королев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2017. №5-6. - С.56-61.

# СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

УДК 378

**Агапова Г.В.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан  
agapova.galina@gmail.com  
**Трубицкая Л.А.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан  
tla\_65@mail.ru

## ШЕЙПИНГ-ТЕРАПИЯ КАК СРЕДСТВО ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТУДЕНТОВ В ВУЗЕ

***Аннотация.** Статья посвящена изучению шейпинг-терапии и использованию ее как средства физической реабилитации студентов, имеющих временные противопоказания к занятиям физической культурой, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, а так-же ожирением. Авторы разработали технологию и методические рекомендации к применению шейпинг-терапии на занятиях физической культурой в ВУЗе.*

***Ключевые слова:** шейпинг-терапия, конституционный тип, режим воздействия, область воздействия, ПИР-комплекс.*

## SHAPING-THERAPY AS A MEANS OF PHYSICAL REHABILITATION OF STUDENTS IN A UNIVERSITY

***Abstract.** The article is devoted to the study of shaping therapy and its use as a means of physical rehabilitation for students who have temporary contraindications for physical education, suffering from diseases of the musculoskeletal system, cardiovascular system, as well as obesity. The authors have developed a technology and guidelines for the use of shaping therapy in physical education classes at the university.*

***Key words:** shaping therapy, constitution type, exposure regimen, impact region, complex of post isometric relaxation.*

Шейпинг – это один из нетрадиционных видов оздоровительной гимнастики.

«Классический шейпинг» был разработан в Ленинграде, в 1988 году коллективом специалистов под руководством И.В. Прохорцева, официально запатентован и использовался для улучшения физической привлекательности женщин широкого возрастного диапазона, предъявляющих повышенные требования к своей внешности (красивая фигура, красивая походка, модель телосложения, стиль поведения).

Название «шейпинг» (shaping) является производным от английского слова «shape», что в переводе означает «формирование», «придание формы», плюс инговое (ing) окончание. Отсюда и варианты определения шейпинга:

- система гимнастических упражнений общеобразовательного характера, направленная на формирование внешних форм тела человека;
- система физических упражнений, позволяющая корректировать отдельные параметры внешнего оформления телосложения;
- способ направленной тренировки для коррекции изменения фигуры и состава тела [2, с. 95].

Авторами выделили 9 (девять) конституционных типов фигуры. Конституционный тип – степень развития костного компонента в верхней и нижней частях тела. Степень развития костного компонента в верхней части тела определяется по обхвату запястья, а в нижней – по обхвату щиколотки:

- 1 тип: верх – узкий; низ – узкий;
- 2 тип: верх – узкий; низ – средний;
- 3 тип: верх – узкий; низ – широкий;
- 4 тип: верх – средний; низ – узкий;
- 5 тип: верх – средний; низ – средний;
- 6 тип: верх – средний; низ – широкий;
- 7 тип: верх – широкий; низ – узкий;
- 8 тип: верх – широкий; низ – средний;
- 9 тип: верх – широкий; низ – широкий.

Для каждого типа фигуры и ростовых показателей описаны объективные и субъективные параметры шейпинг-модели, имеющие наибольшую степень привлекательности.

Сравнивая исходные показатели, определяющие состояние фигуры студента с параметрами шейпинг-модели, и устанавливая текущие характеристики его здоровья и физических возможностей, можно достаточно точно назначить режимы воздействия на организм для получения максимально быстрого и эффективного результата по совершенствованию фигуры.

Средствами воздействия являются физические упражнения. Основные упражнения, выполняемые в катаболическом режиме тренировки:

#### Бедро спереди.

1. Выпады вперед, в сторону.
2. Приседания.
3. Махи ногами вперед из исходного положения стоя, сидя, лежа.

Методические указания: в положении стоя и сидя туловище вертикально, правило «четырёх точек».

#### Бедро сзади.

1. Сгибание и разгибание ног в исходном положении лежа на животе, на боку, в упоре стоя на коленях, стоя.

Методические указания: правило «четырёх точек».

#### Бедро внутри.

1. Сведение и разведение прямых и согнутых ног из исходного положения сидя.
2. Приведение бедра в исходном положении сед упор сзади, лежа на боку, стоя.
3. Приседания из исходного положения стоя ноги врозь стопы наружу.

#### Бедро сбоку.

1. Отведение бедра в сторону в исходном положении стоя, стоя на коленях в упоре, лежа на боку.

Методические указания: рабочая стопа параллельно полу.

#### Большая ягодичная мышца.

1. Махи назад из исходного положения лежа на животе, сидя на будре, стоя на коленях в упоре, стоя.

Методические указания: фиксация плечевого сустава, поясничного отдела, правило «четырёх точек».

2. Отведение будра по диагонали назад в исходном положении лежа на животе, сидя на бедре, стоя на коленях в упоре, стоя.

Методические указания: правило «четырёх точек».

#### Косые мышцы живота.

1. Повороты туловища из исходного положения стоя, сидя.
2. Наклоны туловища в стороны из исходного положения стоя, сидя.



3. Скручивание в области талии из исходного положения стоя, сидя, лежа.  
Методические указания: фиксация тазобедренного сустава, фиксация плечевого сустава.  
С межпозвоночной грыжей упражнения на скручивания противопоказаны!

#### Мышцы брюшного пресса.

1. Подъем туловища из положения лежа на спине.
2. Подъем ног из положения лежа на спине.
3. Подъем туловища и ног одновременно из положения лежа на спине.

Методические указания: поясничный отдел прижат к полу.

#### Спина снизу.

1. Становая тяга. И.п. – стоя ноги врозь, наклон вперед (максимальный), колени расслабить в руках гриф штанги или тяжелая палка. Поднимание и опускание туловища.

Методические указания: фиксация тазобедренного сустава.

2. Поднимание туловища из положения лежа на животе, положение рук различно.

Современный шейпинг характеризуется большим разнообразием новых шейпинг-технологий. В их числе и «Шейпинг-терапия», направленная на реабилитацию людей, имеющих физические недуги, на достижение физических и духовных кондиций для нормальной жизнедеятельности.

Абсолютные противопоказания к занятиям шейпингом:

Злокачественные опухоли; психические расстройства и заболевания; сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь второй и третьей степени, врожденный порок, сердечная астма; бронхиальная астма, бронхо-эктатическая болезнь; заболевание органов пищеварения при декомпенсации; заболевание желчевыводящих путей; заболевание почек и мочевыводящих путей; сахарный диабет с использованием инсулина; близорукость высокой степени; глаукома; тромбоз вен нижних конечностей; зоб третьей степени.

Временные противопоказания к занятиям:

ОРЗ – возможно возобновление занятий через 2 недели с момента выздоровления; ОРВИ – через 2 недели; грипп – через 2-4 недели; ангина – через 3-4 недели; бронхит – через 2-3 недели; пневмония – через 1-2 месяца; острые инфекционные заболевания (корь, скарлатина) – через 1-2 месяца; острые желудочно-кишечные расстройства – через 1 месяц; гипотит – через 6-8 месяцев; острые нефриты – через 6-8 месяцев; аппендицит – через месяц; переломы конечностей – через 1-8 месяцев; сотрясение головного мозга – через 2-12 месяцев (при наличии справки от невропатолога); аборт – после первой нормальной менструации.

Относительные противопоказания: варикозное расширение вен.

#### ***Комплектование групп по шейпинг-терапии***

*1 группа* – учащиеся, имеющие временные противопоказания к занятиям;

*2 группа* – студенты, страдающие от болей в спине и имеющие разрешение от врача-специалиста;

*3 группа* – обучающиеся, страдающие заболеваниями сердечно-сосудистой системы в стадии ремиссии (лекарственной) и имеющие разрешение от врача-специалиста.

*4 группа* – студенты, страдающие ожирением 1 или 2 степени.

1 инструктор – 1 группа

2 инструктор – 2 группа

3 инструктор – 3 и 4 группы

#### ***Структура занятия по шейпинг-терапии***

Программа состоит из 11 (одиннадцати) упражнений и заключительной части.

Первые 8 (восемь) упражнений выполняются в соответствии с порядком, разработанным для каждого инструктора.

Затем следует 3 (три) ПИР-комплекса (постизометрические упражнения), которые выполняют все три инструктора.

1 ПИР-комплекс направлен на дополнительную проработку мышц шеи и плечевого пояса. Дополнительное расслабление патологически напряженных мышц шеи способствует улучшению циркуляции крови в позвоночной артерии. Достигается оно путем чередования изометрического напряжения определенной группы мышц с последующим их растяжением. Упражнение выполняется медленно. На четыре счета осуществляется давление головы на руку, на следующие четыре счета – растяжка в противоположную сторону. Давление должно быть достаточно ощутимым, плечи держать ровно. При появлении головокружения или иных неприятных ощущений упражнение прекратить.

2 ПИР-комплекс направлен на укрепление мышц спины, профилактику и реабилитацию остеохондрозов и сколиозов позвоночника, формирование правильной осанки.

3 ПИР-комплекс направлен на дополнительную проработку пояснично-крестцового отдела позвоночника, который является одной из наиболее проблемных зон. Упражнение способствует укреплению мышц, увеличению подвижности, снятию неприятных ощущений и болевого синдрома. Эффект достигается за счет чередования изометрического напряжения и расслабления. Так как эта группа мышц более массивная, то напряжение и расслабление производятся на 8 счетов.

Пульсовой режим ПИР-комплексов не более 120-130 уд/мин.

### ***1 инструктор***

1 упражнение – плечевой пояс, спина сверху

2 упражнение – бедро сзади

3 упражнение – бедро внутри

4 упражнение – бедро спереди

5 упражнение – бедро сбоку

6 упражнение – ягодицы

7 упражнение – пресс сверху, пресс снизу

8 упражнение – косые мышцы

Особенности в работе 1 инструктора:

1. Основа – технология шейпинг-классик с учетом состояния здоровья и возрастной физиологической нагрузки.

2. пульсовой режим 120-130 уд/мин не более.

### ***2 инструктор***

1 упражнение – бедро спереди

2 упражнение – бедро сзади

3 упражнение – бедро внутри

4 упражнение – бедро сбоку

5 упражнение – ягодицы

6 упражнение – плечевой пояс, спина сверху

7 упражнение – пресс сверху, пресс снизу

8 упражнение – косые мышцы

Особенности в работе 2 инструктора:

1. Основа – технология шейпинг-классик.

2. Упражнения направлены на формирование правильной осанки, создание мышечного корсета, удерживающего позвоночник в гармоничном положении, ликвидацию болевого синдрома при различных заболеваниях позвоночника.

3. Пульсовой режим для всех упражнений 120-130 уд/мин.

### ***3 инструктор***

1 упражнение – бедро спереди

2 упражнение – бедро сзади

3 упражнение – дыхательная гимнастика

4 упражнение – бедро внутри

5 упражнение – бедро сбоку

6 упражнение – дыхательная гимнастика

7 упражнение – пресс сверху, пресс снизу

8 упражнение – косые мышцы

Особенности в работе 3 инструктора:

1. Каждое упражнение построено с учетом допустимой физиологической нагрузки при сердечно-сосудистой патологии.
2. Постепенное наращивание, а затем снижение общей нагрузки, которое достигается путем частой смены исходного положения, усложнения упражнения, увеличения степени силового напряжения, максимального увеличения пульса до 120 уд/мин.
3. В каждом упражнении есть вставки, направленные на растяжение работающей группы мышц, или на активацию работы дыхательной мускулатуры.
4. Упражнения выполняются ритмично, в умеренном, спокойном темпе. При работе на группе крупных мышц возможно применение метода статического напряжения, чаще в упражнении «бедро сзади».
5. Третье и шестое упражнения – «дыхательные упражнения», направленные на возбуждение и углубление дыхания и применяются в форме упражнений статического и динамического характера. Включение дыхательных упражнений обязательно, так как при поражении системы дыхания и кровообращения страдают функции внешнего дыхания. При выполнении дыхательных упражнений вдох и выдох должны осуществляться через нос, только при появлении отдышки – через рот. Дыхание должно быть спокойным, глубоким, равномерным (1-3 – вдох; 5-8 – выдох). Глубину и продолжительность дыхания не следует навязывать, но можно стимулировать.
6. Динамические упражнения способствуют наиболее выраженному проявлению дыхательной функции в нижней половине грудной клетки и диафрагмы, а статические упражнения с исходным положением рук на талии – для улучшения вентиляции верхушки легких.

### Библиографический список

1. Гимнастика. Под ред. М.Л. Журавина, Н.К. Меньщикова. М.: Издательский центр «Академия», 2002 – 448 с.
2. Менхин Ю.В., Менхин А.В. Оздоровительная гимнастика: теория и методика. Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 384 с.
3. Петров П.К. Методика преподавания гимнастики в школе. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 448 с.

УДК 615.825

**Ахметжанов Т.А.**, кандидат педагогических наук, доцент  
Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

**Ахметжанов Б.Т.**  
Служба охраны Президента  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

**Оразов Д.О.**, преподаватель  
Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАПТОГЕНОВ АЛТАЯ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ (МИГРАНТОВ) НА ПРИМЕРЕ Г. НУР-СУЛТАН

*Аннотация.* В данной статье рассматриваются проблемы, с которыми сталкиваются переселенцы (мигранты) в процессе переезда из одного города в другой.

*Ключевые слова:* адаптация, миграция, режим применения.

## АЛТАЙ АДАПТОГЕНДЕРІН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ БИОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛДАУШЫЛАРДЫ (МИГРАНТТАР) НУР-СУЛТАН ҚАЛАСЫНДА МЫСАЛЫНДА ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

*Аңдатпа.* Бұл жұмыста қоныс аударғандардың алдарында қиыншылықтарға төтеп беру жолдары көрсетілген.

*Түйінді сөздер:* бейімделу, қоныс аударушылар, халық медицинасы.

## THE EXPERIENCE OF THE USE OF ALTAI ADAPTOGENS IN THE PRACTICE OF BIOMEDICAL SUPPORT OF IDPS (MIGRANTS) USING THE EXAMPLE OF THE CITY NUR-SULTAN

*Abstract.* This article discusses the problems faced by immigrants (migrants) in the process of moving from one city to another.

*Keywords:* adaptation, migration, application mode.

Административное решение переноса столицы из г. Алма-Аты в Астану (Нур-Султан) повлекло за собой интенсивную миграцию лиц разного возраста из соседних государств и южных регионов республики. Для обеспечения высокого развития физической культуры и достижения новых высот и результатов в спорте, в новую столицу Республики Казахстан были приглашены и привлечены опытные тренеры ДШНК и персонал специалистов высшей школы, так как наблюдался большой отток ранее живших в регионе специалистов в ближнее и дальнее зарубежье.

Одновременно, это требовало комплексной реабилитации переехавших, что предусматривало проведение скоординированных мероприятий медицинского, социального, педагогического и узкопрофессионального характера, проводимые с целью адаптации индивидуума к новым условиям жизни и труда с использованием его максимальных резервных возможностей.

Учитывая тот факт, что основной костяк переехавших составляли ветераны спорта, частично или в силу обстоятельств (дефицит спортооружения в новой столице), полностью прекративших активные занятия, независимо от их возраста, чаще и раньше выявляются признаки перенесенного инфаркта миокарда и высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с ветеранами спорта, продолжающими занятия спортом [2].

Все это дает основание полагать, что режим двигательной деятельности после прекращения активной тренировки является не только одним из факторов, определяющих при прочих равных условиях достаточную степень сохранения функциональных возможностей и резервов кровообращения, приобретенных в процессе многолетней спортивной тренировки, но и существенно влияет на характер и развитие возрастных процессов организма [5]. Особенно наблюдается этот факт на рассматриваемом нами примере, при переселении людей в новые суровые условия жизни.

Рассматривая с точки зрения климатофизиологии (учение Селье о стрессе и адаптационном синдроме) у приезжих во время их акклиматизации наблюдался ряд

адаптационных сдвигов, соответствующих различным стадиям адаптационного стресса Селье [3].

Обследованные ветераны спорта испытывали в начале этого переезда определенную тревогу. Наблюдались сдвиги в состоянии здоровья, которые сопровождались общим недомоганием, пониженной работоспособностью в рабочее время в период первых 4-6 месяцев (частые ОРВИ, повышение артериального давления, и прочие симптомы заболеваний). Предметом наших длительных наблюдений (более 10 лет) были лица разного возраста, студенты из Монгольской Народной Республики, Китая, представители южных регионов РК, оралманы – в основном казахи из посольств других государств (Украины, РФ и др.) Обследуемые были разделены на две равные группы, идентичные по исходному состоянию здоровья. Представители экспериментальной группы принимали (более 30 человек) настои трав горного Алтая (адаптогены), обладающих общеукрепляющими и адаптогенными свойствами [4]. Схема применения следующая: 1 курс включал 3 десятидневных цикла с 10, 20 и 30 дневными перерывами с обязательным приемом 15 мл настоя бальзама 3 раза в день.

На первом году адаптации было проведено 3 курса оздоровления, на втором – 2 курса, а на третьем и в последующие годы по 1 курсу в весенний период - по необходимости

Анализ данных, полученных в результате обследования ветеранов спорта в экспериментальной и контрольной группах (весо-ростовой индекс, уровень артериального давления, жизненная емкость легких, клинико-биологические показатели крови, частота ОРВИ и др.), показал достоверное улучшение всех показателей в экспериментальной группе по сравнению с контрольной группой.

В экспериментальной группе наблюдался:

- более сглаженный тип адаптации;
- редкая заболеваемость ОРВИ и другими заболеваниями;
- стабильность показателей выносливости при выполнении физических

нормативов (прыжок в длину, “Елочка” и пр.)

В заключение следует отметить, что использование препаратов растительного природного происхождения – адаптогенов для “сглаживания” адаптационного синдрома и профилактика болезней адаптации у ветеранов спорта при перемене места жительства является, обоснованным и эффективным средством для повышения работоспособности и улучшения качества жизни.

### **Библиографический список**

1. Данишевский Г.М. Патология человека и профилактика заболеваний на Севере, М., 1968
2. Дальский Д.Д. Характеристика ремоделирования сердца у спортсменов разного возраста. Вестник медицинского стоматологического института С-Петербурга 2003, №2, с. 26-31.
3. Селье Г., Очерки об адаптационном синдроме, М., 1960
4. Ужегов Г.Н., Народная медицина М., Эксмо, 2012
5. Талибов А.Х. Функциональные возможности сердечно-сосудистой системы ветеранов спорта в зависимости от состояния тренированности. Вестник новых медицинских технологий. С-Петербург, 2013. Т.2, №3 с. 74-77.

**Волкова Е.С.**, доктор биологических наук, профессор  
Башкирский институт физической культуры (филиал) Уральского  
государственного университета физической культуры  
г. Уфа, Российская Федерация  
volkova\_ekat@mail.ru

**Кулешова М.А.**, магистрант  
Башкирский институт физической культуры (филиал) Уральского  
государственного университета физической культуры  
г. Уфа, Российская Федерация

## **ТРЕНАЖЕР «АКВАСАЙКЛ» В ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН 50-55 ЛЕТ С ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ 2 СТЕПЕНИ**

***Аннотация.** В данной статье рассматриваются вопросы физической реабилитации женщин с висцеральным ожирением, которое в настоящее время занимает одну из первых строчек среди заболеваний цивилизации.*

***Ключевые слова:** висцеральное ожирение, физическая реабилитация, лечебная физическая культура, тренажер «Аквасайкл».*

## **AQUASIKE TRAINING EQUIPMENT IN PHYSICAL REHABILITATION OF 50-55 YEAR WOMEN WITH VISCERAL OBESITY 2 DEGREES**

***Abstract.** This article addresses the issues of physical rehabilitation of women with visceral obesity, which currently occupies one of the first lines among the diseases of civilization.*

***Keywords:** visceral obesity, physical rehabilitation, therapeutic physical training, the «Aquasicle» simulator.*

Ожирение в настоящее время занимает одну из первых строчек среди заболеваний цивилизации. Чаще страдают люди, проживающие в городах и в экономически развитых странах. Превышение массы тела более, чем на 30 %, рассматривается как ожирение разной степени. По прогнозам экспертов ВОЗ, к 2025 году в мире будет насчитываться более 300 миллионов человек с диагнозом «ожирение». Женщины страдают от ожирения в 2-1,5 раза чаще, чем мужчины, особенно после 40 лет и имеют преимущественно абдоминальный характер. В этом возрасте замедляется метаболизм, начинается гормональная перестройка организма. Меняется соотношение андрогенов и эстрогенов. Предупреждение и лечение ожирения представляет важнейшую медицинскую, социальную, демографическую, государственную проблему. Настораживает и тот факт, что происходит «омоложение» этого вида патологии [3].

Среди перечисленных, видов ожирения, висцеральное рассматривается, как наиболее опасное, поскольку отложение жира происходит на внутренних органах: сердце, печень и пр., что представляет серьезную угрозу для здоровья [1].

Цель исследования: обосновать и проверить эффективность использования тренажера «Аквасайкл» в физической реабилитации женщин 50-55 лет с ожирением 2 степени.

Объектом исследования является процесс двигательной реабилитации женщин 50-55 лет с висцеральным ожирением 2 степени.

Предмет исследования: модифицированная методика лечебной физической культуры с включением в основную часть занятия тренировки на тренажере «Аквасайкл» для женщин 50-55 лет с висцеральным ожирением 2 степени.

Гипотеза: предполагалось, что применение модифицированной методики лечебной физической культуры для женщин 50-55 лет с висцеральным ожирением 2 степени с применением тренажера «Аквасайкл» позволит повысить эффективность реабилитационных мероприятий, что выразится в улучшении морфофункциональных показателей сердечнососудистой системы, обменных процессов и веса тела пациенток.

Для достижения цели исследования и проверки выдвинутой гипотезы были поставлены следующие задачи.

1. Проанализировать научно-методическую литературу по теме исследования.
2. Выявить ключевые патогенетические звенья ожирения с целью обоснования средств и методов физической реабилитации.
3. Модифицировать методику физической реабилитации для женщин 50-55 лет с ожирением 2 степени.
4. Экспериментально проверить эффективность разработанной методики физической реабилитации у женщин 50-55 лет с висцеральным ожирением 2 степени.

Для решения поставленных в работе задач использовали следующие методы исследования: теоретический анализ обобщения данных научно-методической литературы; антропометрические методы; функциональные пробы; педагогическое тестирование; физиологические методы исследования; педагогический эксперимент; методы математической статистики.

Под наблюдением находились 20 пациенток с висцеральным ожирением 2 степени. Из них 10 человек составили экспериментальную группу, 10 контрольную группу. Контрольная группа занималась лечебной физической культурой по методике С.Н. Попова [4]. Экспериментальная группа занималась лечебной физической культурой по модифицированной методике физической реабилитации с включением тренировки на тренажере «Аквасайкл». Отличительной особенностью методики в экспериментальной группе явилось чередование проведения занятий в бассейне и тренажерном зале.

Основной задачей реабилитационного комплекса явилась активизации обменных процессов, повышение физической работоспособности и выносливости.

Для решения поставленных задач нами была использована модифицированная методика физической реабилитации для женщин с висцеральным ожирением 2 степени с включением тренажера «Аквасайкл». Методика предполагала чередование занятий в бассейне и тренажерном зале, так как, такой подход способствует тренировке кардиореспираторной системы, активизации обменных процессов, улучшению психоэмоционального состояния, а так же, помогает добиться большего желания активно заниматься ЛФК.

Занятия на тренажере «Аквасайкл» проводили в аэробном режиме, что очень важно для такой категории больных. Дополнительное сопротивление водой создаваемое водой, приводило к усиленной работе ягодичных мышц, а также мышц бедра и голени. Кроме того, улучшалась трофика указанных областей и снижалась нагрузка на суставы нижних конечностей. Массажный эффект воды и глубокое дыхание во время занятий оказывало положительное влияние на органы брюшной полости, что способствовало уменьшению висцерального жираотложения и улучшало процессы пищеварения. Также, глубокое дыхание тренировало мускулатуру органов дыхания, увеличивало газообмен и состояние респираторной системы в целом.

Температура воды 30-32 градусов Цельсия, глубина воды 1,6 метра. Такая температура воды не только комфортна для занятий, поскольку не оказывает температурного раздражения кожи, но и способствует расслаблению мышц, что обеспечивало мягкое механическое воздействие на глубокие ткани, улучшала кровообращение и отток лимфы. Еще одним плюсом занятий в воде является то, что тело пациенток не видно и можно не стесняться его изъянов и неловкости в выполнении упражнений, что благотворно сказывалось на эмоциональном фоне пациенток [2].

Проведенное исследование показало, что применение модифицированной методики физической реабилитации женщин 50-55 лет с висцеральным ожирением 2 степени способствует более эффективному восстановлению функционального состояния: так индекс массы тела у пациенток экспериментальной группы к концу курса реабилитации статистически значимо ниже контрольной на 8,9 % ( $p < 0,05$ ), показатель общей работоспособности выше на 5,8 % ( $p < 0,05$ ), показатель оценки психо-эмоционального состояния выше на 9,2 %, коэффициент адаптационного потенциала ниже на 7,4 % ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, анализ результатов проведенного исследования показал, что использование тренажера «Аквасайкл» в физической реабилитации женщин 50-55 лет с висцеральным ожирением 2 степени, достоверно улучшает все изучаемые показатели, по сравнению с контрольной группой, что говорит об эффективности модифицированной нами методики.

### Библиографический список

1. Баевский Р. М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М.: Медицина, 1997. 236 с.
2. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: руководство для врачей / Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. М.: Медицина, 1995. 400с.
3. Мкртумян, А.М. Снижение массы тела - залог коррекции метаболических нарушений у пациентов с ожирением / А.М. Мкртумян // Медицина. Качество жизни. 2003. С. 58-61.
4. Попов С.Н. Физическая реабилитация: учебник. М.: Академия, 2016. 304 с.

УДК 796/799

**Горшунова Е. П., Киселёва Ю. М.,** студенты

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»

г.Москва, Российская Федерация

**Налобина А.Н.,** доктор биологических наук, профессор

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»

г.Москва, Российская Федерация

### ПРИМЕНЕНИЕ СРЕДСТВ ЛФК ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Аннотация.* Статья посвящена проблемам физического и психического развития детей с расстройствами аутистического спектра. Целью написания данной работы являлось исследование показателей тонкой моторики у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра и улучшение в дальнейшем данных показателей посредством специальных программ, направленных на развитие когнитивной и сенсорной сфер. Объектом исследования выступал процесс физической реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра. Предметом исследования являлась методика развития тонкой моторики у детей с расстройствами аутистического спектра на занятиях лечебной физической культурой. Для оценки уровня развития тонкой моторики рук автором статьи были использованы следующие методики: диагностика статической и динамической координации движений; графомоторных навыков, «Действия с предметами». Также стоит отметить, что по ходу диагностики моторных функций испытуемых, были описаны особенности



физиологического и психического развития у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра.

**Ключевые слова:** аутизм, дети дошкольного возраста, моторные функции, тонкая моторика, физиологическое и психическое развитие у аномальных детей, лечебная физическая культура.

## MEANS OF PHYSICAL THERAPY GYMNASTICS USE TO FORMATION OF MOTOR FUNCTIONS IN YOUNG CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

**Abstract:** *The article is devoted to the problems of physiological and mental development in children with ASD, namely – fine motor skills. The purpose of writing this work was to study the indicators of fine motility in children with autism spectrum disorders of preschool age and to further improve these indicators through special programs for the development of cognitive and sensory spheres; development of communication opportunities in children with autism. The object of the research was the process of studying motor functions. As a subject of study – fine motor skills in children with autism spectrum disorders. To diagnose the level of development of fine hand motor skills, the author of the article used the following techniques: diagnostics of static and dynamic coordination of movements; graphomotor skills, «Actions with objects». It is also worth noting that in the course of diagnosing the motor functions of the subjects, features of the physiological and mental development of preschool children with autism spectrum disorders were described.*

**Key words:** *autism, young children, motor function, fine motor skills, physiological and mental development in abnormal children, physical therapy.*

**Введение.** Расстройство аутистического спектра (РАС) – это нейроонтогенетическое расстройство, то есть расстройство психического развития с наступлением в младенчестве или детстве, характеризующееся стойким дефицитом способности начинать и поддерживать социальное взаимодействие и общественные связи, а также ограниченными интересами и часто повторяющимися поведенческими действиями. По данным ВОЗ, количество детей с этим диагнозом растет на 13% в год, а по американской статистике подобные расстройства встречаются у одного из 68 детей. Для сравнения: в середине 70-х годов эта цифра была 1:5000. В России про аутизм широко заговорили лишь совсем недавно, но, несмотря на этот факт, большинство российских детей до сих пор нуждаются в квалифицированной помощи» [1].

Судя по эпидемиологическим исследованиям, проведенным за последние 50 лет, распространенность РАС возрастает во всем мире. Существует много возможных объяснений этого очевидного роста, включая возросшую информированность, расширение оценочных критериев, а также совершенствование средств диагностики и отчетности.

Согласно имеющимся научным данным, существует много факторов, повышающих вероятность появления у ребенка РАС, в том числе факторы окружающей среды и генетики. Имеющиеся эпидемиологические данные однозначно указывают на отсутствие причинной связи между расстройствами аутистического спектра и вакциной от кори, паротита и краснухи. Было обнаружено, что предыдущие исследования, указывавшие на наличие такой причинной связи, имели методические недоработки.

Сейчас в московских школах активно развивается инклюзивное образование, качество которого, к сожалению, оставляет желать лучшего. Многие преподаватели просто не готовы работать с детьми, имеющими какие-либо ограничения в состоянии здоровья, так как совершенно не имеют представления о физической и психологической специфике своих учеников. Чтобы составить специальный план для занятий таких детей, следует провести углубленную диагностику. Общество в должной мере осознает

необходимость работы, которая должна быть направлена на формирование моторных функций, но при этом теоретическая база так же, как и внедрение разработанных современных методов на практике, не способны удовлетворить требования, сформированные социальной потребностью в этом направлении.

**Проблема исследования** заключается в том, что в настоящее время расстройства аутистического спектра еще мало изучены. Это связано, прежде всего, с тем, что как отдельную нозологию выделили только в середине XX века, в связи с внушительным списком различных психических и физиологических особенностей организма. В образовательных и воспитательных учреждениях детям с РАС приходится трудно, - такие дети имеют низкий процент социальной адаптированности. В связи с чем, в нашей стране на данный момент разработка специальных программ, а также внедрение средств ЛФК для детей с РАС находятся только на начальной стадии развития.

**Противоречие:** социум в должной мере осознает необходимость работы, направленной на формирование моторных функций, но при этом теоретическая база, так же как и внедрение разработанных современных методов на практике, не способны удовлетворить требования, сформированные общественной потребностью в этом направлении.

#### **Материалы и методы исследования.**

Для поиска путей решения обозначенной научной проблемы был осуществлен аналитический обзор сведений по теме исследования.

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Главной особенностью аутизма являются обширные отклонения в социальных взаимодействиях и коммуникации. Помимо основного расстройства – нарушение развития нервной системы – у ребенка возникают вторичные нарушения различного характера и степени тяжести, зависящие от классификации общих расстройств психологического развития по МКБ-10. Таким людям с РАС присуще очень часто легкая или умеренная умственная отсталость. Они также могут являться савантами – избирательность в какой-либо сфере деятельности. У всех детей с аутизмом нарушено развитие «полезных» моторных навыков. Научить такого ребенка даже самым простым бытовым или даже игровым действиям бывает трудно, т.к. у них преобладает стереотипия. Анализ научно-методической литературы показал, что у детей с аутизмом запаздывает формирование навыков крупной моторики и отклонения в развитии мелкой моторики рук, и, что очень важно, недостаточно сформированы навыки зрительно-двигательной координации. Это отрицательно сказывается на становлении навыков письма и других видах ручной деятельности детей. Дошкольники с РАС испытывают большие трудности в таких видах деятельности, где необходимы точные координированные движения рук, например, рисование, лепка и др.» [3,5,8].

В целом, все своеобразие двигательной сферы детей с аутизмом заключается в обилии стереотипных движений: раскачиваний, поворотов головы, ритмичных сгибаний и разгибаний пальцев рук, в беге по кругу, машущих движениях пальцами или кистями. Поэтому формирование мелкой моторики необходимо для всей дальнейшей жизни таких детей, потому как возникнет потребность применения точных, координированных движений кистей и пальцев, которые пригодятся для надевания одежды, рисования, письма, для выполнения многих разнообразных учебных и бытовых действий.

Физическая активность — одно из важных условий жизни и развития человека. Ее следует рассматривать как биологический раздражитель, стимулирующий процессы роста, развития и формирования организма. Психическое развитие крепко связано с физическим, поэтому использование лечебной физкультуры при лечении аутизма очень важно и дает существенные результаты.

Лечебная физическая культура (ЛФК) является главной составляющей реабилитации детей с РАС, т.к. это эффективное средство коррекции отклонений и профилактики вторичных нарушений. Комплексы ЛФК, применяемые для развития

моторных функций у детей с РАС, практически не имеют каких-либо существенных особенностей с комплексами, которые предназначены для иных патологий и нарушений. То есть, если брать упражнения для развития моторики конкретно для ребенка с РАС, это будет стандартный комплекс для развития моторных функций у детей с различной двигательной дисфункцией.

Развитие крупной моторики важно, прежде всего, для совершенствования вестибулярного аппарата. В процессе занятий ЛФК ребенок подготавливает и развивает свое тело к следующему этапу – выполнению действий с мелкой моторикой. Вместе с тем обеспечивается развитие зрительного и слухового внимания, формируется межполушарное взаимодействие. Это будет востребовано в школьный период, когда разные учебные предметы потребуют работы разных полушарий головного мозга. У детей складывается образ собственного тела.

Для развития крупной моторики эффективно применяются:

- 1) Игры с мячом;
- 2) Игры с резинкой;
- 3) Зеркальное копирование поз и движений;
- 4) Попадание в цель различными предметами (мячом, стрелами, кольцами и пр.);
- 5) Весь спектр спортивных игр и физических упражнений;
- 6) Занятия танцами, аэробика.

Для развития тонкой моторики подойдут следующие составляющие:

- 1) Пальчиковая гимнастика;
- 2) Игры с мячом;
- 3) «Алфавит телодвижений» с применением мелким предметом;
- 4) Упражнения с речитативом и т.д.

Каждое упражнение сопровождается рисунком-схемой, наглядно показывающим правильное положение рук, а также стихотворением и цветным сюжетным рисунком. Выполнение упражнений и ритмических движений пальцев приводит к возбуждению в речевых центрах головного мозга и резкому усилению согласованной деятельности речевых зон, таким образом, происходит развитие речи. Ребенок учится концентрировать свое внимание и правильно его распределять, а также развивает умение подражать взрослому; он учится вслушиваться и понимать смысл речи, повышая свою речевую активность. В результате освоения всех упражнений кисти рук и пальцы приобретают силу, хорошую подвижность и гибкость, что в дальнейшем облегчает овладение навыком письма. Занятия по развитию мелкой моторики с детьми, имеющими РАС, должны быть непродолжительными по времени в связи с быстрой истощаемостью таких детей (по 5 минут), но достаточно частыми (5-6 раз в день).

Результатов можно добиться, используя разные виды деятельности: игру, лепку, рисование, аппликации, конструирование. В указанных видах деятельности формируется не только мелкая моторика детей, но и развивается их восприятие, речь, чувство цвета. Условием успешности занятий с такими детьми, безусловно, является объединение усилий воспитателей, педагогов и родителей дошкольников с РАС.

Важной особенностью освоения любого двигательного навыка у ребенка с РАС являются два аспекта: выполнение упражнения производится не по частям, а в целой его форме, двигательное действие совершается «рука об руку» взрослого с самим ребенком. Результатом такой системы обучения являлось эффективное формирование двигательных навыков у детей дошкольного возраста с РАС [13].

### **Библиографический список**

1. Аутизм в России. Акция Социальный заказ «Статистика».
2. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме // Дефектология. - 2005. - №2. - С.46-56.

3. Блюмина М. Г. Распространенность, этиология и некоторые особенности клинических проявлений сложных дефектов// Дефектология.-2009,-№3,-С. 3-10.
4. Ковалев В.В., Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Педагогика, 2015. – 328 с.
5. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. – М.: Педагогика, 2015. – 95 с.
6. Налобина, А.Н. Обоснование методики обучению катанию на коньках детей дошкольного возраста с ранним детским аутизмом / А.Н. Налобина, М.А. Андрушко // Физкультурное образование Сибири : науч.-метод. журнал / Сиб. гос. ун-т физ. культуры и спорта. – Омск, 2015. – Вып. 1 (33). - С. 68-74.
7. Никольская, О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутизм: возрастные особенности и психологическая помощь. - М.: Полиграф сервис, 2003.-232 с.
8. Плаксунова Э. В. Особенности двигательной сферы и психомоторики у детей с аутизмом// Аутизм и нарушения развития.2008. №3. С. 10-12
9. Прокофьев А.О., Чухутова Г.Л., Грачев В.В. Зрительное восприятие и когнитивное развитие у детей с аутизмом / Электронный журнал "Психологическая наука и образование", 2008. – № 5.
10. Терешин Д. Б. Развитие мелкой моторики у детей с расстройствами аутистического спектра // Электронный журнал «Альманах», 2007. - №11. С. 5-7.
11. Захарова Т.С. Система работы по формированию моторных функций у детей дошкольного возраста с дизартрией // Электронный журнал "Психологическая наука и образование", 2011. – № 3. С. 18-21
12. Шрам С.А. Детский аутизм и АВА. АВА (Applied Behavior Analysis). Терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения// Электронный журнал «Молодой ученый», 2013. №3. С. 446-448
13. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему – Н.В. Филиппова, Ю.Б. Барыльник. Перевод З. Измайлова-Камар. – М.: Рама Пабблишинг, 2013. – 208 с.

УДК 796.011.3

**Ераскин Д. А.**, аспирант

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»

г. Москва, Российская Федерация

**Налобина А. Н.**, доктор биологических наук, профессор

ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»

г. Москва, Российская Федерация

a.nalobina@mail.ru

## **МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИННОГО МОЗГА (ШЕЙНОГО ОТДЕЛА) В ОТДАЛЕННОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

***Аннотация.** Статья посвящена проблеме восстановления функции кисти в отдаленном восстановительном периоде у пациентов с повреждением функций спинного мозга на уровне шейного отдела. Целью написания данной работы являлось экспериментальное обоснование особенностей восстановления функций верхних конечностей у лиц с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) шейного отдела (С6-С7) в отдаленном реабилитационном периоде. Объектом исследования выступал процесс физической реабилитации пациентов с травматической болезнью спинного мозга (шейного отдела). Предметом исследования являлась методика коррекции нарушений тонкой моторики у пациентов с травматической болезнью спинного мозга*

(шейного отдела). В эксперименте приняли участие 30 пациентов с ТБСМ шейного отдела (уровень С6-С7) в отдаленном реабилитационном периоде. Исследование манипулятивной функции кисти проводилось с помощью адаптированного модифицированного теста. В результате применения модифицированной методики физической реабилитации лиц с ТБСМ в позднем восстановительном периоде у пациентов опытной группы относительно исходной величины и контрольной группы достоверно увеличилась амплитуда и сила мышц верхних конечностей, улучшилась динамика показателей манипулятивной функции кисти, навыков самообслуживания.

**Ключевые слова:** адаптивная физическая культура, физическая реабилитация, травматическая болезнь спинного мозга.

## **METHODS OF RESTORING THE FUNCTIONS OF THE UPPER EXTREMITIES IN PATIENTS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD DISEASE (CERVICAL) IN THE LONG-TERM RECOVERY PERIOD**

**Abstract:** *The article is devoted to the problem of restoring the function of the hand in the long-term recovery period in patients with damage to the functions of the spinal cord at the cervical level. The aim of this work was to provide experimental substantiation of the features of the recovery of upper limb functions in persons with traumatic spinal cord disease (TBSM) of the cervical spine (C6-C7) in the long-term rehabilitation period. The object of the study was the process of physical rehabilitation of patients with traumatic spinal cord disease (cervical). The subject of the study was the method of correction of fine motor disorders in patients with traumatic spinal cord disease (cervical). The experiment involved 30 patients with cervical TBSM (C6-C7 level) in the long-term rehabilitation period. The study of the manipulative function of the brush was carried out using an adapted modified test. As a result of application of the modified technique of physical rehabilitation of persons with TBSM in the late recovery period in patients of experimental group concerning initial size and control group amplitude and force of muscles of the upper extremities authentically increased, dynamics of indicators of manipulative function of a brush, skills of self-service improved.*

**Key words:** *adaptive physical culture, physical rehabilitation, traumatic spinal cord disease.*

**Введение.** Количество случаев позвоночно – спинномозговой травмы в разных географических регионах колеблется от 27,6 до 48 на один миллион жителей [1]. Из них 16-29% повреждений приходятся на шейные сегменты спинного мозга. Повреждение шейных сегментов спинного мозга приводит к разрушению мотонейронов, образующих шейное сплетение. Это дает возможность видеть яркую картину вялых параличей и парезов верхних конечностей в сочетании с центральными параличами и парезами нижних конечностей [2].

В высшей степени сложность решения вопроса реабилитации инвалидов с ТБСМ заключается в том, что распространены безнадежные прогнозы. Очень сложное и длительное восстановление пациентов с тетраплегией при значительном повреждении спинного мозга создают ощущение безысходности, как у лечащих врачей, так и у пациентов и их родных [3].

**Цель исследования:** изучить особенности восстановления функций верхних конечностей у лиц с травматической болезнью спинного мозга (ТБСМ) шейного отдела (С6-С7) в отдаленном реабилитационном периоде.

### **Задачи исследования:**

1. Модифицировать методику физической реабилитации для лиц с ТБСМ шейного отдела в промежуточном периоде, в условиях специализированного реабилитационного центра.

2. Изучить динамику восстановления функций верхних конечностей в процессе примененной модифицированной методики физической реабилитации для лиц с ТБСМ шейного отдела в отдаленном периоде.

**Объект исследования:** пациенты в возрасте 30 – 35 лет, с ТБСМ шейного отдела на уровне С6 – С7, в отдаленном периоде реабилитации.

**Предмет исследования:** методика восстановления двигательных способностей и утраченных функций кисти у пациентов с ТБСМ шейного отдела.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось с марта 2016 года по июнь 2019 года на базе реабилитационного центра «Преодоление» для инвалидов с ТБСМ в г.Москве. Биомедицинское исследование с участием людей проводилось в соответствии с этическими принципами Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации (ВМА) 1964 года (с изменениями и дополнениями на 2008 год). В эксперименте приняли участие 30 пациентов с ТБСМ шейного отдела (уровень С6-С7) в отдаленном реабилитационном периоде (от 2-х до 12 месяцев после получения травмы). Средний возраст занимающихся составил  $25 \pm 5$  лет.

Методом слепой рандомизации все пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и тяжести поражения спинного мозга – опытную и контрольную по 15 человек в каждой. Контрольная группа занималась по общепринятой методике по 40 минут один раз в день 5 раз в неделю. Опытная – также 5 раз в неделю, но два раза в день – утром и вечером по 20 минут. Утром занятия были направлены на восстановление функции верхних конечностей (лечебная гимнастика), а вечером – посвящались формированию навыков самообслуживания (эрготерапия).

С целью оценки функционального состояния двигательных функций у обследуемого контингента больных осуществлялось мануальное мышечное тестирование и динамометрия для измерения мышечной силы. Шкала Бартела и опросник ежедневной активности использовались для изучения сформированности навыков самообслуживания [6]. Для обработки полученных данных применялся метод математической статистики с использованием компьютерной прикладной программы Statistica 6,0 и Microsoft Excel Professional.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Создание индивидуальных программ физической реабилитации для лиц после повреждения шейного отдела спинного мозга в промежуточном периоде травматической болезни диктует соответствия задач, методов и средств физической культуры реабилитационным способностям больного на основе анализа состояния двигательной сферы и в первую очередь функции верхних конечностей [5]. При большом многообразии двигательных способностей лучезапястного сустава, сообразно к задачам физической реабилитации, стоит выделить 3 наиболее важных в повседневной деятельности функции: хват; удержание; манипуляция. Следующей значимой особенностью восстановления функции верхних конечностей с точки зрения самообслуживания больного становится участие рук в поддержании опоры тела. Не менее важным условием предоставления нормальной двигательной активности больного является восстановление сочетанной и координированной функций обеих рук, их пространственные перемещения.

Модифицированная методика физической реабилитации для лиц с ТБСМ шейного отдела в промежуточном периоде представляет собой комплекс практически апробированных и зарекомендованных технологий [4]. Отдельным элементом является эрготерапия, которая включена в процесс реабилитации больных с повреждением позвоночника в шейном отделе в формате, отдельных от ЛФК, ежедневных занятий.

До начала эксперимента проведен анализ исследуемых показателей, статистически значимых различий между пациентами контрольной и опытной группами не выявлено.

Исследования, проводимые на протяжении 3-х месяцев наших наблюдений, показали, что изучаемые нами показатели в процессе эксперимента имеют ряд изменений. Представленные в таблице 1 данные демонстрируют изменения показателей

мышечной силы правой и левой кисти до и после проведения эксперимента. Как видно из таблицы в обеих группах можно отметить рост показателей, но достоверный рост данных относительно исходной величины можно отметить только в опытной группе занимающихся.

**Таблица 1**

**Влияние занятий на изменение мышечной силы кисти**

Зоны	До эксперимента		После эксперимента		До эксперимента		После эксперимента	
	Правая рука				Левая рука			
	К	О	К	О	К	О	К	О
Разгибание	3,93±	3,93±	4,13±	*4,53±	4,33±	4,40±	4,40±	*4,80±
	1,39	1,39	1,06	0,64	0,82	0,74	0,83	0,56
Сгибание	2,93±	2,93±	3,13±	*3,93±	3,60±	3,27±	3,73±	*4,20±
	1,67	1,67	1,46	1,16	1,12	1,39	1,03	0,77

Примечание: P<0,05 - разница достоверна относительно контрольной величины;

\*Разница достоверна относительно исходной величины;

О – опытная группа; К – контрольная группа

Динамометрия правой и левой руки в контрольной группе в процессе занятий значительно не изменились. В опытной группе наблюдается достоверное (P<0,05) увеличение силы относительно показателей исходной величины, а так же достоверная (P<0,05) разница относительно показателей контрольной группы занимающихся (таблица 2).

Сравнительные результаты исследования бытовых навыков самообслуживания по модифицированной шкале Бартела и адаптированному опроснику ежедневной активности показали, что в обеих группах отмечается достоверный (P<0,05) прирост показателей относительно исходной величины. Однако, в тестах перемещение в постели, перемещение (трансфер), пользование коляской, прием пищи, одевание, личная гигиена, социальные навыки полученные показатели в опытной группе достоверно (P<0,05) выше показателей контрольной группы пациентов (рис. 1, 2).

**Таблица 2**

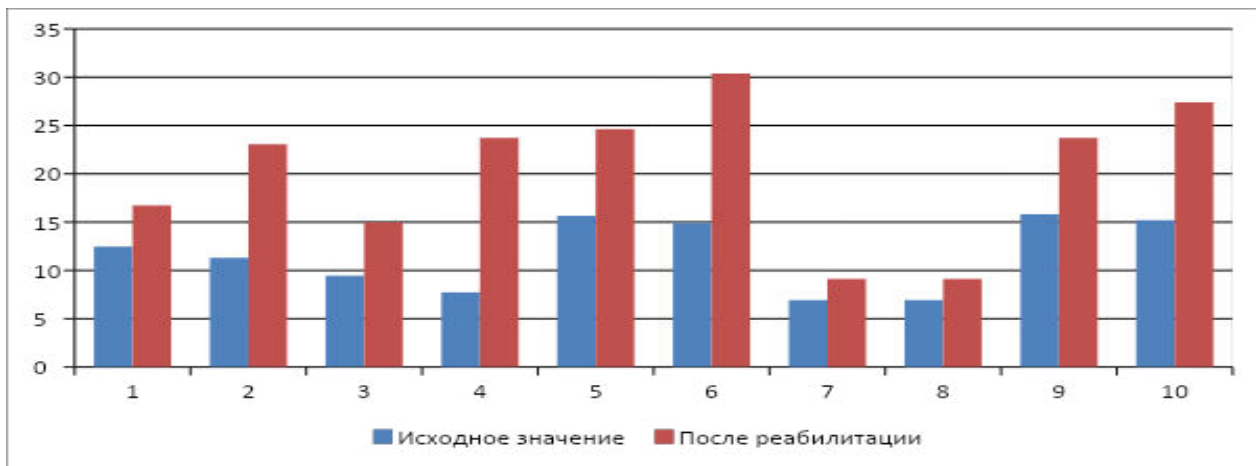
**Влияние занятий на изменение динамометрии кисти**

Динамометрия кисти	Группы	До эксперимента		После эксперимента	
		П	Л	П	Л
	К	2,70±7,53	3,27±3,86	3,10±5,75	3,67±4,35
О	2,27±4,45	2,80±3,47	*8,40±8,17 P<0,05	*8,80±8,41 P<0,05	

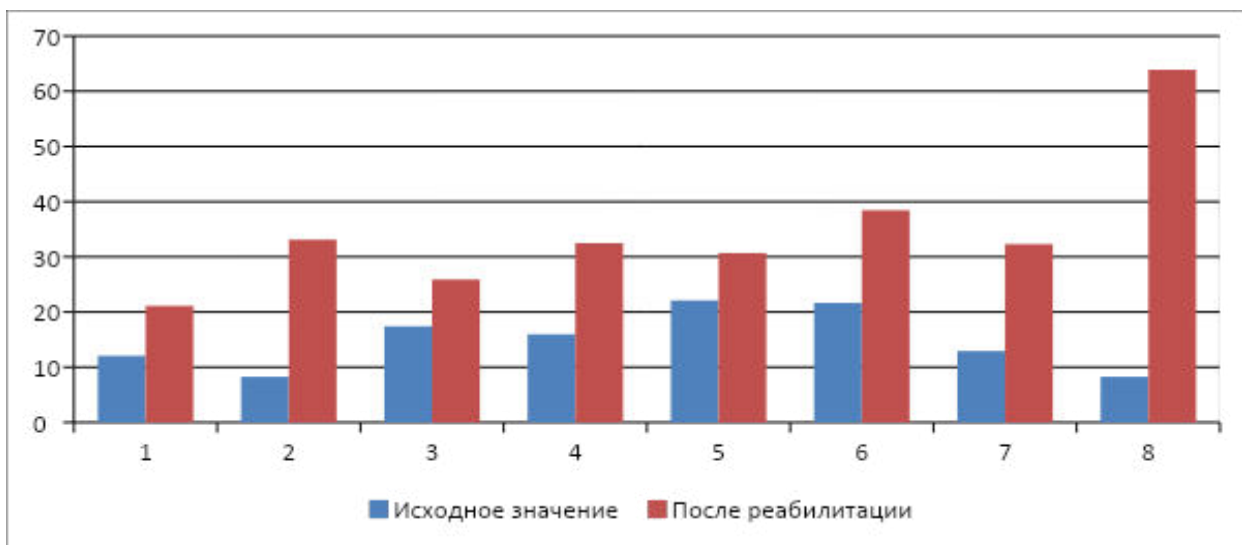
P<0,05 - разница достоверна относительно контрольной величины

\*Разница достоверна относительно исходной величины

П- правая рука; Л – левая рука



**Рис. 1.** Влияние физической реабилитации на протяжении 3-х месяцев на изменение навыков самообслуживания (К – контрольная группа, О – опытная группа)



**Рис. 2.** Влияние физической реабилитации на протяжении 3-х месяцев на изменение навыков самообслуживания (К – контрольная группа, О – опытная группа).

### Выводы

1. Важнейшей особенностью физической реабилитации лиц с последствиями травмы на уровне шейного отдела спинного мозга, является первостепенность решения задач восстановления функциональности рук.

2. В результате применения модифицированной методики физической реабилитации лиц с ТБСМ в отдаленном периоде, достоверно увеличилась сила мышц верхних конечностей у пациентов опытной группы относительно исходной величины и контрольной группы.

3. Положительный эффект физической реабилитации проявился в улучшении уже имеющихся навыков самообслуживания и формировании новых навыков самообслуживания (перемещения в постели, пересаживания, пользование коляской, удержание равновесия, прием пищи, одевания, личной гигиены, социальные и дополнительные навыки) у опытной группы относительно исходной величины и контрольной группы.



## Библиографический список

1. Перльмуттер О.А. Травма позвоночника и спинного мозга. Новгород, 2010. Бублик Л.А., Калинин О.Г. Концепция травматической болезни спинного мозга при повреждениях шейного отдела позвоночника // Травма. – 2012. – Том 3, № 4. – С. 362 – 370.
2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. 2-е изд. перераб. и доп. М.: Антидор – 2002 – 736с.
3. Косичкин М.М., Гришина Л.П., Шапиро Д.М. Инвалидность вследствие травматического поражения спинного мозга, медико-социальная экспертиза и реабилитация // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1999(6). – № 1. – с. 34–37.
4. Методические рекомендации. Организация занятий лечебной физкультуры для больных с поражением спинного мозга в лечебно-профилактических учреждениях. А.Н. Транквиллитати, – М.: ГЦОЛИФК. – 2006. – с. 31.
5. Разработка и реализация индивидуальной программы реабилитации больного / инвалида [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т.Н. Федорова, А.Н. Налобина. — Электрон. дан. и прогр. (7 Мб). — Саратов: Ай Пи Ар Медиа, 2019. — 457 с.
6. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Беловой, Н. Щепетовой. М.: Антидор, 2002. 440 с.

УДК 616-05

**Сальникова Е.П.**, кандидат биологических наук, доцент  
Башкирский институт физической культуры (филиал) Уральского  
государственного университета физической культуры  
г. Уфа, Российская Федерация

**Янгуров И.В.**, магистрант  
Башкирский институт физической культуры (филиал) Уральского  
государственного университета физической культуры  
г. Уфа, Российская Федерация  
kat\_sal@mail.ru

### МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИИ

*Аннотация.* В данной статье рассматриваются вопросы физической реабилитации при цервикальной дистонии с использованием упражнений на основе гимнастики Пилатес и дыхательных инструкций и рекомендаций по выполнению на основе дыхательных практик У-шу.

*Ключевые слова:* цервикальная дистония, физическая реабилитация, гимнастика Пилатес, дыхательные практики Ушу

### MODIFIED PHYSICAL REHABILITATION TECHNIQUE IN CERVICAL DISTONIA

*Abstract.* This article discusses issues of physical rehabilitation for cervical dystonia using exercises based on Pilates exercises and breathing instructions and recommendations for implementation on the basis of Wushu breathing practices.

*Keywords:* cervical dystonia, physical rehabilitation, Pilates gymnastics, Wushu breathing practices.

Дистония представляет собой двигательное расстройство, характеризующееся стойкими или нерегулярными мышечными сокращениями, обуславливающими появление патологических, как правило, повторяющихся движений и/или патологических положений, нарушающих определенные действия в вовлеченных областях тела. Дистонические движения, как правило, однотипны и имеют вращательный характер, а также могут проявляться тремором. Дистония обычно усиливается при произвольных движениях и сопровождается избыточной активацией мышц [1].

Дистония занимает 2–3-е место среди всех форм двигательных расстройств. Распространенность дистонии может составлять 3–11 случаев на 100 000 населения для генерализованных форм (дебютирующих чаще всего на 1–2-м десятилетии жизни и нередко имеющих наследственную природу) и 30–60 случаев на 100 000 населения для фокальных форм, которые манифестируют обычно в более позднем возрасте [3].

Цервикальная дистония у взрослых может начаться в любом возрасте. Чаще в интервале от 30 до 60 лет. Статистически женщины заболевают спастической кривошеей чаще мужчин. Заболевание начинается в трудоспособном возрасте и протекает с формированием функционального дефицита, приводящего к трудностям бытового и профессионального характера. Это в свою очередь формирует предпосылки для возникновения психологической, социальной дизадаптации, а также инвалидизации больных.

При физической реабилитации пациентов с диагнозом цервикальная дистония с помощью специальных физических упражнений следует решать две основные задачи: растянуть и расслабить гиперактивные мышцы-агонисты, вовлеченные в спазм; усилить действие мышц-антагонистов, противостоящих повороту головы, чтобы голову в нейтральную позицию [2].

**Гипотеза:** предполагалось, что методика физической реабилитации при цервикальной дистонии будет проходить более эффективно, если в нее будут включены: упражнения на основе гимнастики Пилатес и дыхательные инструкции и рекомендации по выполнению на основе дыхательных практик У-шу.

**Цель исследования:** обосновать и проверить эффективность модифицированной методики физической реабилитации пациентов с цервикальной дистонией.

Объект исследования: процесс физической реабилитации пациентов с цервикальной дистонией.

**Предмет исследования:** модифицированная методика физической реабилитации пациентов с цервикальной дистонией, направленная на восстановление морфофункционального состояния их организма.

Для достижения цели исследования и проверки выдвинутой гипотезы были поставлены следующие задачи:

- 1) проанализировать научно-методическую литературу по теме исследования;
- 2) выявить ключевые патогенетические звенья цервикальной дистонии;
- 3) модифицировать методику физической реабилитации с учетом патогенетических звеньев для пациентов с диагнозом цервикальная дистония, направленную на: нормализацию положения головы пациента; уменьшение интенсивности спазмов; поддержание гибкости позвоночника и мышц шеи; уменьшение болевого синдрома;
- 4) экспериментально проверить эффективность модифицированной методики физической реабилитации пациентов с диагнозом цервикальная дистония.

Для решения поставленных задач в работе использовали следующие методы исследования: теоретический анализ обобщения данных научно-методической литературы; функциональная проба; опрос: оценка психо-эмоционального состояния пациентов; антропометрические методы; физиологические методы; педагогический эксперимент; методы математической статистики.

Под наблюдением находились 18 пациентов с цервикальной дистонией. Из них 9 человек составили экспериментальную группу, 9 контрольную группу. Контрольная группа занималась лечебной физической культурой по методике С.Н. Попова [4]. Экспериментальная группа занималась лечебной физической культурой по модифицированной методике физической реабилитации с включением упражнений на основе гимнастики Пилатес и дыхательных инструкции и рекомендации по выполнению на основе дыхательных практик У-шу.

Проведенное исследование показало, что применение модифицированной методики физической реабилитации пациентов с цервикальной дистонией способствует более эффективному восстановлению функционального состояния пациентов: индекс подвижности позвоночного столба у пациентов экспериментальной группы к концу курса реабилитации статистически значимо выше контрольной на 7,3 % ( $p < 0,05$ ), плечевой показатель на 9,1 % ( $p < 0,05$ ), амплитуда тонуса грудино-ключично-сосцевидной мышцы выше на 11,3 % ( $p < 0,05$ ), а ее порог болевой чувствительности ниже на 5,9 % ( $p < 0,05$ ), показатель оценки психо-эмоционального состояния выше на 8,4 % ( $p < 0,05$ ), общая работоспособность на 4,8 % ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, анализ результатов проведенного исследования показал, что использование упражнений на основе гимнастики Пилатес и дыхательных инструкций и рекомендаций по выполнению на основе дыхательных практик У-шу, в физической реабилитации пациентов с цервикальной дистонией, статистически значимо улучшает все изучаемые показатели, по сравнению с контрольной группой, что говорит об эффективности модифицированной нами методики.

### Библиографический список

1. Залялова З.А. Современные классификации мышечных дистоний, стратегия лечения. Журнал неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2013. № 13: С.85–89.
2. Плотников В.П. Функциональная характеристика сердечно - сосудистой системы студентов с нейроциркуляторной дистонией. // Актуальные проблемы современной науки. М., 2001 № 2. С. 186 – 190.
3. Плотников В.П., Чоговадзе А.В., Юзайтис С.И. Нейроциркуляторная дистония у студентов (особенности адаптации и психофизической коррекции) / Проблемы физического воспитания и спорта студенческой молодежи. Материалы московской межвуз. научно - методической конфер. Посвящен. 50 - летию Победы в Великой Отечественной войне. М., 1995. С. 90 - 92.
4. Попов С.Н. Физическая реабилитация: учебник. М.: Академия, 2016. 304 с.

УДК 378.180.61

**Трубицкая Л.А.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан  
**Агапова Г.В.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

### ИППОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АДАПТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

*Аннотация.* В настоящее время задачей общества является создание системы эффективного рекреационного сервиса и физической реабилитации для лиц с

ограниченными возможностями здоровья. Иппотерапия на сегодняшний день является одним из самых эффективных методов реабилитации, адаптации и социальной интеграции инвалидов. Иппотерапия обладает уникальной способностью одновременного положительного воздействия на физический статус и психоэмоциональную сферу человека.

**Ключевые слова:** иппотерапия, физическая реабилитация, физические возможности, адаптация, социальная интеграция.

## ИППОТЕРАПИЯ МҮМКІНДІГІ ШЕКТЕУЛІ АДАМДАРДЫ ОҢАЛТУ ЖӘНЕ БЕЙІМДЕУ ӘДІСІ РЕТІНДЕ

**Аңдатпа.** Қазіргі уақытта қоғамның міндеті денсаулық мүмкіндіктері шектеулі адамдар үшін тиімді рекреациялық сервис және физикалық оңалту жүйесін құру болып табылады. Бүгінгі күні иппотерапия мүгедектерді оңалту, бейімдеу және әлеуметтік ықпалдастырудың ең тиімді әдістерінің бірі болып табылады. Иппотерапия адамның физикалық мәртебесі мен психоэмоционалдық саласына бір мезгілде оң әсер ететін бірегей қабілетке ие.

**Түйін сөздер:** иппотерапия, физикалық оңалту, физикалық мүмкіндіктер, бейімдеу, әлеуметтік интеграция.

## HIPPOTHERAPY AS A METHOD OF PHYSICAL REHABILITATION AND ADAPTATION OF PERSONS WITH DISABILITIES

**Abstract.** In present time the task of society is to create a system of effective recreation services and physical rehabilitation for persons with disabilities. Hippotherapy now is one of the most effective methods of rehabilitation, adaptation and social integration of people with disabilities. Hippotherapy has the unique ability to simultaneously have a positive effect on the physical status and psycho-emotional sphere of a person.

**Key words:** hippotherapy, physical rehabilitation, physical abilities, adaptation, social integration.

Возрастающее число лиц с ограниченными возможностями здоровья делает проблему их реабилитации и социальной адаптации особенно актуальной. Физическая реабилитация занимает ведущее место в социальной интеграции и комплексной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В настоящее время в качестве средства реабилитации все активнее используют иппотерапию. Иппотерапия это физиотерапевтическое лечение, основанное на нейрофизиологии, использующее лошадь и верховую езду для укрепления физических возможностей и совершенствования двигательных функций организма. Основателем иппотерапии считается француз Ю.Лаллери, определивший метод как психосоматическую терапию, цели и задачи которой - помочь достижению двигательной, психологической независимости и сделать человека с отклонениями в состоянии здоровья способным приспособиться к новым, изменяющимся обстоятельствам.

Уникальность иппотерапии объясняется тем, что благодаря воздействию ритмически упорядоченной моторной и сенсорной нагрузки на реабилитанта при его тесном контакте с лошадью достигается стабильно выраженный эффект. Многообразие трехмерных биомеханических воздействий в сочетании с эмоциональным эффектом, получаемое при занятиях иппотерапией, невозможно достичь при использовании других средств адаптивной физической культуры.

С древнейших времен известно благотворное влияние на здоровье человека езды и общения с лошадьми. Еще античный врач Гиппократ утверждал, что раненые и больные поправляются быстрее и успешнее, если ездят верхом.

В современной Европе Лечебная Верховая Езда (ЛВЕ) стала развиваться в последние 30-40 лет: сначала в Скандинавских странах, затем в Германии, Франции, Голландии, Швейцарии, Великобритании, Польше и др.

Центры по ЛВЕ стали открываться во многих странах. Так, в США работает более 1000, а в Великобритании - около 700 групп иппотерапии, в которых оздоравливается более 26000 человек с самой разнообразной патологией. В Польше работают около 60 подобных центров.

В настоящее время в 45 странах мира действуют центры ЛВЕ - самостоятельные или при клубах верховой езды, выделяющих небольшие манежи и лошадей для занятий с инвалидами.

Иппотерапия является признанным средством реабилитирующего воздействия на больных соматическими, психическими заболеваниями, реконвалесцентом после травм. Она может применяться при:

- ортопедических нарушениях (неправильная осанка, сколиоз, остеохондроз, радикулит, ампутация конечностей, артрит);
- неврологических нарушениях (дцп, травмы головы, заболевания цнс);
- нарушениях социализации личности, проблемах адаптации в обществе;
- психоэмоциональных нарушениях (неврозы, депрессия, стресс).

Существуют и противопоказания для занятий иппотерапией: гемофилия, ломкость костей (остеопороз, остеомиелит), аллергия на лошадиную шерсть, эпилепсия, заболевания почек, острые периоды болезней.

Терапевтическим фактором иппотерапии является комплексная активизация и мобилизация организма - физическая и психологическая. При верховой езде требуется концентрация внимания, максимально возможная собранность и самоорганизация, потребность запоминать и планировать последовательность действий. Это активизирует психические процессы. Во время занятий верховой ездой работают почти все мышцы человека, и происходит это на рефлекторном уровне. Сидя на лошади и двигаясь вместе с нею, наездник старается сохранить равновесие, тем самым происходит развитие слухомоторной и зрительно-моторной координации. Современные исследования показали благотворное влияние иппотерапии на опорно-двигательную систему, органы кровообращения, пищеварения, нервную, дыхательную и эндокринную системы. Кроме этого, конная прогулка - это прекрасная разгрузка от стрессов.

Иппотерапия воздействует на организм человека через два фактора: психогенный и биомеханический. Так, при лечении неврозов, детских церебральных параличей, умственной отсталости, раннего детского аутизма основным воздействующим фактором является психогенный.

При лечении же постинфарктных больных, больных с нарушениями осанки, страдающих сколиозами, остеохондрозами позвоночника ведущим фактором воздействия оказывается биомеханический.

Иппотерапия - это один из методов лечения остеохондроза, сколиоза, заболеваний желудочно-кишечного тракта, связанных с нарушением кинетики, последствий полиомиелита и детского церебрального паралича, ишемической болезни сердца, ожирения, простатита, неврастении.

Лечебный эффект достигается за счет циклических вибраций, возникающих в процессе верховой езды, а также благодаря колебаниям, передающимся со спины лошади при ее движении на позвоночник, суставы и окружающие их ткани наездника. При оптимальной нагрузке вокруг позвоночника создается сильный мышечный корсет, улучшается кровообращение, нормализуется обмен веществ в межпозвонковых дисках.

Температура тела лошади выше человеческой на 1,5 градуса. Движения мышц спины идущей лошади разогревают и массируют спастичные мышцы ног всадника, усиливая кровоток в конечностях. Улучшение кровотока в целом улучшает кровоснабжение мозга.

Кроме того, для обездвиженного больного очень важна имитация движений человека, идущего нормальным шагом, так как тело имеет свои компенсаторные механизмы запоминания полученного опыта. А тазобедренная область и нижние конечности при езде на лошади, идущей шагом, имитируют эти сложные трехмерные движения. Это неоднократно было зафиксировано во многих учебных пособиях и фильмах, созданных в разных странах.

При верховой езде у седока задействованы практически все группы мышц. Человеку, сидящему верхом на движущейся лошади, приходится постоянно контролировать равновесие, а это заставляет синхронизировать работу мышц спины, туловища и всех остальных мышц, то расслабляя, то напрягая их. В результате в работу включаются те мышцы, которые у человека с ограниченными возможностями бездействуют, даже не будучи пораженными.

Использование метода иппотерапии в реабилитации лиц, страдающих различными видами нарушений умственного развития, дает положительные результаты:

1. Облегчает снятие заторможенности.
2. Снижает чувство тревоги.
3. Улучшает адаптацию к реальному пространству и времени.
4. Способствует достижению самостоятельности.

Данный метод лечения был признан Немецкой физиотерапевтической ассоциацией. Во Франции занимаются подготовкой специалистов по иппотерапии: открыт факультет иппотерапии в Парижском университете спорта и здоровья. Подобные школы и центры работают так же в других странах: Польше, Германии, Италии, Канаде, Австралии. В Тбилиси в Грузинской медицинской академии открыта кафедра ЛФК и райттерапии. Вопросам иппотерапии был посвящен специальный конгресс в Гамбурге в 1982 году. Иппотерапии посвящены множество научных статей, кандидатских и докторских диссертаций.

К сожалению, в Казахстане, имеющем древние традиции верховой езды, лечебная верховая езда появилась всего несколько лет назад, благодаря энтузиастам из Восточного Казахстана. Оказалось, что единой методики, признанной во всем мире, не существует. Пришлось усть-каменогорским энтузиастам начинать с нуля и нарабатывать собственную методику на основе практического опыта. Два года шел эксперимент с группой из десяти детей, имеющих самые разные проблемы в развитии: ДЦП, аутизм, синдром Дауна и другие. Это были малыши, в отношении которых медики дали своё заключение - улучшить их состояние невозможно. Занятия состояли из таких элементарных вещей, как катание на лошадях и общение с ними. Результаты отслеживались, методика корректировалась под каждого в зависимости от индивидуальных проблем и прогресса. Через несколько месяцев полученные данные позволили начать создание общей методики.

Большую поддержку развитию иппотерапии в Усть-Каменогорске оказал руководитель КСК «Титана» Николай Кузьмин, а потом и акимат Восточно-Казахстанской области. В 2012 году на условиях государственно-частного партнерства был построен крытый манеж, где по сей день круглый год и идут занятия инвалидов. А с 2013 года иппотерапия была введена в госзаказ ВКО. И дети с ограниченными возможностями получили возможность заниматься бесплатно. В 2013 году финансирование было выделено на 80 детей, в 2016 - уже на 144. Сейчас занятия по лечебной верховой езде в селе Винном посещают более 140 детей с ограниченными возможностями. Тогда как на очереди стоят еще 288. Всего же в ВКО почти пять тысяч детей с особыми потребностями, которым был бы полезен этот метод реабилитации.

С октября 2013 года Фонд «Дара» запустил проект под названием «Иппотерапия», направленный на внедрение этого инновационного метода реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП) в Республиканском детском реабилитационном центре «Балбулак» в Алматы. Фондом «Дара» были выделены

средства на постройку здания конюшни, манежа, крытого навеса, контейнера для хранения фуража. Для проведения занятий в безвозмездное пользование спонсором были предоставлены две лошади, приобретено все необходимое оборудование и снаряжение.

Проектом также было организовано обучение двух инструкторов в специализированном центре г.Москвы. Обучение проводилось на базе Национальной Федерации лечебной верховой езды и инвалидного конного спорта и центра реабилитации инвалидов детства «Наш Солнечный Мир». Благодаря проведенной работе, теперь в Центре «Балбулак» занятия лечебной верховой ездой проводятся на регулярной основе в рамках курса реабилитации. На лечение в «Балбулак» приезжают дети со всех уголков Казахстана по государственной квоте. На данный момент лечение и реабилитацию путем верховой езды на лошади ежемесячно проходят до 60 детей, страдающие диагнозом ДЦП, различными поражениями центральной нервной системы.

Также в Алматы открыт Конный клуб Chamberlain. На базе клуба Chamberlain проходят занятия иппотерапией, с помощью которой можно лечить такие сложные заболевания как ДЦП, синдром Дауна, аутизм, нарушения осанки и поведения. Одна конюшня Chamberlain не сможет обеспечить постоянный поток пациентов. Сейчас здесь терапию курсами проходят около 25 человек, за год принять возможно максимум 100. В клубе подготовлены к работе с детьми 15 лошадей.

К их числу можно добавить Алматинский ипподром, Конный центр Лесной Сказки (Алматы), Конный клуб «Ауыл берекесі» (30 км от Алматы, в поселке Жандосов, Карасайский район), Конное хозяйство в пос. Таужолы, Конный завод "Жастау" в с. Сырыбай би, Конное хозяйство "Ак-бура" в с. Чапаево, Конный клуб "Hidalgo Ranch", Центр иппотерапии в Актобе (крытый манеж при городском ипподроме).

Исходя из вышеизложенного, мы пытаемся определить, в чем проблемы развития адаптивной физической культуры, в частности иппотерапии в Казахстане? Спрос превышает предложение. Желających пройти реабилитацию иппотерапией намного больше, чем возможностей центров и клубов их вместить. Для занятий с каждым ребенком нужно три специалиста - детский врач-реабилитолог, инструктор по иппотерапии и специалист, который работает с лошастью. Подготовка специалистов - дорогостоящее дело. Очень мало людей, которые решились бы поехать за рубеж, там отучиться и привезти методики в Казахстан. Очень мало коневладельцев, которые обратили бы на это внимание. Также массовому развитию мешает то, что почти нет специалистов, которые могли бы проводить иппотерапию и воспитать подходящую для этого лошадь. Все это требует господдержки, как происходит во всем мире.

### **Библиографический список**

1. Кушхова А.Ф., Карданова Д.Э. Иппотерапия как технология социальной работы с детьми-инвалидами - Новый взгляд. Международный научный вестник 2014, 6, 63-77.
2. Невеличко Л.Г., Самыгина А.А. Иппотерапия как вид спорта для лиц с ограниченными физическими возможностями - Физическая культура и спорт как социокультурный феномен в современном обществе 2015, 168-172.
3. Никитина Н.А. Иппотерапия, или лечебная верховая езда, как метод физической реабилитации и адаптации инвалидов при инклюзивном образовании - Вестник УГУЭС. Наука, образование, экономика. Серия: Экономика 2015, 3(13), 52-53.
4. Панагушина Ж.В. Психокоррекция эмоциональной сферы детей с помощью иппотерапии - Вестник экспериментального образования 2015, 2.
5. Тутаришев А.К. Использование иппотерапии в процессе реабилитации детей с ограниченными возможностями - Новые технологии, 2011.№ 2, 209-212 с.

Тулемисова А. Т., инструктор - методист по ЛФК  
БУЗОО «ГДКБ № 2 им.В.П. Бисяриной»  
г. Омск, Российская Федерация

## МЕСТО ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И МЕХАНОТЕРАПИИ В ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ. ШКОЛА ДЛЯ ДЕТЕЙ ЮВЕНИЛЬНЫХ АРТРИТОВ

*Аннотация.* В данной статье описывается, что такое ювенильные артриты у детей, приводятся классификация и патогенетические механизмы развития заболевания, что такое лечебная физкультура, показания и противопоказания, упражнения которые применяются, тренажеры используемые в нашей поликлинике, школа для ювенильных артритов у детей.

*Ключевые слова:* ревматология, дети, лечебная физкультура, реабилитация, ювенильный артрит, механотерапия.

## THE PLACE OF PHYSICAL THERAPY AND MECHANOTHERAPY IN THE TREATMENT OF JUVENILE ARTHRITIS. SCHOOL FOR CHILDREN OF JUVENILE ARTHRITIS

*Abstract.* This article describes what is juvenile arthritis in children, the classification and pathogenetic mechanisms of the disease, what is physical therapy, indications and contraindications, exercises that are used, simulators used in our clinic, school for juvenile arthritis in children.

*Keywords:* Rheumatology, Children, physiotherapy, Rehabilitation, Juvenile arthritis, Hydrotherapy for legs.

Ревматология является одной из самых быстро развивающихся специальностей, и успехи в лечении пациентов, в том числе с таким тяжелым заболеванием, как ювенильный идиопатический артрит (ЮИА), несомненны. Вовремя назначенная адекватная базисная, в том числе и генно-инженерная терапия значительно снижает активность ревматического заболевания, в результате улучшается состояние пациентов, расширяется объем движений в суставах, что позволяет ребенку вести соответствующий возрасту активный образ жизни. Тем не менее, важное значение при ювенильном идиопатическом артрите имеют реабилитационные мероприятия, направленные как на улучшение функции пораженных суставов, так и на укрепление организма ребенка в целом, повышение его выносливости. Лечебная физкультура (ЛФК), другие реабилитационные мероприятия приучают ребенка к необходимости постоянных занятий, помогают выработать правильный стереотип двигательной активности на всю жизнь. Однако в настоящее время недостаточно методической литературы, посвященной реабилитации детей с ревматическими заболеваниями, имеющаяся литература касается в основном взрослых пациентов, поэтому обсуждение проблемы является актуальным и своевременным.

ЮИА является одним из самых частых и инвалидизирующих ревматических заболеваний у детей. Заболеваемость от 2 до 16 на 100 000 детей, у девочек встречается чаще, чем у мальчиков. В Российской Федерации распространенность ЮИА у детей до 18 лет достигает 62,3. Классификация и номенклатура ЮИА включает выделение семи вариантов течения заболевания (по классификации Международной лиги ревматологических ассоциаций (League of Associations for Rheumatology, ILAR)):

- 1) системный артрит;
- 2) полиартрит: негативный по ревматоидному фактору (РФ);



- 3) полиартрит: позитивный по РФ;
- 4) олигоартрит: а) персистирующий и б) распространяющийся;
- 5) энтезитный артрит;
- 6) псориатический артрит;
- 7) другие артриты, которые: а) не соответствуют ни одной из категорий или б) отвечают критериям более чем одной категории.

До настоящего времени остается неизвестной этиология ювенильного идиопатического артрита. В основе механизма развития заболевания лежит активация клеточного и гуморального звеньев иммунитета, вероятно, в ответ на появление чужеродного или на измененный собственный антиген. В результате сложных взаимодействий активированные Т-лимфоциты, макрофаги, фибробласты, синовиоциты вырабатывают провоспалительные цитокины, вызывающие каскад патологических изменений с развитием прогрессирующего воспаления в полости сустава. Неконтролируемые реакции иммунной системы приводят к развитию острого иммунного воспаления с трансформацией его в хроническое с развитием паннуса и необратимым разрушением суставных структур.

Суставной синдром является ведущим симптомокомплексом всех форм идиопатического артрита, и, с точки зрения реабилитологии, его следует оценивать как проявление дезадаптации опорно-двигательного аппарата, при котором наблюдаются следующие типовые патоморфологические процессы: воспаление, нарушение кровообращения, дистрофия и дегенерация. В результате данных процессов возникает боль, деформация, ведущие к нарушению функции сустава. Эта патологическая цепочка неизбежно приводит к ухудшению качества жизни и инвалидизации ребенка.

Реабилитация, или восстановительное лечение детей, это процесс, в который включается комплекс мероприятий. Реабилитационные мероприятия направлены на сохранение функциональных возможностей пораженных суставов, стабилизацию патологического процесса. В реабилитации детей имеют значение соблюдение диетических рекомендаций; режима дня, физиотерапевтические методы лечения; рефлексотерапия; санаторно-курортное лечение.

Моя публикация акцентирует внимание на методах механотерапии, трудотерапии, ЛФК при ювенильном артрите, у детей занимающих центральное место в физической реабилитации детей.

Из общих рекомендаций необходимо отметить, что спать ребенок должен на удобной постели, матрас предпочтителен ортопедический, не слишком мягкий, но и не слишком жесткий. При поражении суставов нижних конечностей, позвоночника может быть использована ортопедическая обувь, но, в любом случае, обувь с жестким задником. Инвалидизация наших пациентов часто обусловлена поражением суставов кисти. Поэтому необходимо с помощью врачей, методистов ЛФК, родителей формировать правильный стереотип движений в лучезапястном суставе, для коррекции возможной или уже имеющейся ульнарной девиации в нем. Так, нужно соблюдать прямую ось при выполнении всех движений, в т. ч. при выполнении упражнений ЛФК (положение на ребре ладони), избегать положения кисти в сторону мизинца. Для предотвращения формирования деформаций по типу «лебединой шеи» рекомендуется уменьшение нагрузки на концевые фаланги - т. е. вырабатывается «подушечковый хват», используются утолщенные конусовидные ручки, карандаши.

Лечебная физическая культура (ЛФК) — медицинская дисциплина, применяющая средства физической культуры (в основном физические упражнения) с целью лечения и реабилитации больных и инвалидов, а также профилактики заболеваний. Одно из ключевых мест в реабилитации детей с поражением опорно-двигательного аппарата занимает ЛФК. В результате воспаления, болезненных ощущений в суставах происходит вынужденное компенсаторное ограничение подвижности конечности и, вследствие этого,

гипоксические, а впоследствии и гипотрофические процессы в мышцах. Упражнения позволяют сохранить и восстановить амплитуду движений в пораженных суставах, предупредить развитие мышечной гипотрофии, сохранить силу, выносливость мышц. Физическая активность является доказанным методом профилактики остеопороза, риск которого увеличен у пациентов с ЮИА. Также ЛФК в детском возрасте стимулирует психомоторное развитие, является прекрасным средством отвлечения от болезни, элементом психотерапии.

При проведении ЛФК уровень нагрузки дозируется индивидуально в зависимости от функциональных и возрастных возможностей ребенка. Желательно комплекс упражнений проводить 2–3 раза в день (методистом и обученными родителями). В комплекс обязательно включаются дыхательные упражнения, а также упражнения для формирования правильной осанки, укрепления мышечного корсета, активации крупных и мелких мышц конечностей.

ЛФК практически не имеет противопоказаний, за исключением периода высокой активности ЮИА, сопровождающегося лихорадкой, другими системными проявлениями процесса, выраженным болевым синдромом, выраженными гуморальными сдвигами. В этой ситуации с целью ранней профилактики формирования контрактур показано проведение т. н. пассивной гимнастики, когда работа с суставами осуществляется инструктором ЛФК или обученным родителем; объем движений в суставах определяется в пределах безболезненного коридора. Пассивная гимнастика может быть необходимой и у детей раннего возраста, если сам ребенок еще не способен выполнять инструкции методиста. Применение этого метода может быть показано в случае активного осложненного увеита у пациентов с ЮИА при необходимости в разработке суставов. По индивидуальным показаниям после выполнения комплекса пассивной гимнастики можно использовать лечение положением с отягощением.

Применяется также лечение положением с использованием отягощений при наличии сформированных контрактур суставов. По методике сустав приводится в «крайнее» положение в направлении ограничения движения и на нем фиксируется отягощение, вектор силы тяжести которого совпадает с вектором, по которому ограничено движение. Время занятия в зависимости от возраста и состояния пациента составляет от 10 до 30 минут 3–5 раз в день. При выполнении данной манипуляции происходит постепенное медленное пассивное растягивание периартикулярного мышечно-сухожильного аппарата, что ведет к улучшению двигательной функции сустава. Однако, по данным детского отделения Научно-исследовательского института ревматологии, использование отягощений (в т. ч. «манжетного вытяжения») хорошо себя зарекомендовало при поражении коленного сустава, однако в остром периоде только ухудшает состояние локтевого сустава.

Механотерапия является одним из методов медицинской реабилитации. Она основана на применении дозированных движений, осуществляемых больными на специальных аппаратах. Метод больше подходит для детей старшего возраста. Противопоказанием для механотерапии являются наличие костного анкилоза, выраженных болей в суставах, резкой слабости мышц, нарушения конгруэнтности сочленяющихся поверхностей костей.

Реабилитация и лечение наших маленьких пациентов направлена, в конечном итоге, на обеспечение высокого качества их дальнейшей жизни, адаптацию к условиям быта и будущей трудовой деятельности. Трудотерапия, или «лечение занятием» (occupation therapy), способствует интегрированию в общественную жизнь, социализации детей с ювенильным артритом. Большое значение трудотерапия имеет при поражении мелких суставов пальчиков кистей, позволяя замедлить прогрессирование нарушения их двигательных функций. Рекомендуется лепка, бисероплетение, вязание, игра на фортепиано и т. д. Этот метод полезен и как средство повышения общего и психического тонуса, позволяет использовать игровые методики у младших детей. Получение продукта

труда служит стимулом для лучшего выполнения работы, включает элементы соревнования и творчества. Выработанный в процессе трудотерапии правильный стереотип функции кисти закрепляют при выполнении бытовых манипуляций.

В нашей поликлинике используются такие тренажеры: механотерапия для ног, велоэргометр, степпер, велотренажер детский, детская беговая дорожка, гребля детская, реабилитационный тренажер для голеностопного сустава Kinetec Brevia ankle (Кинетек Брева анкл).

Открыта школа для пациентов с ювенильным артритом. Открытие школы было в апреле 2019 года. Цель этой школы показать детям, родителям какие упражнения и методы механотерапии используются при лечении ювенильного артрита, узнать какой подход лечения, психологическая поддержка родителям и детям которые столкнулись с такой проблемой, ответить на вопросы, получить консультацию мою и врача ревматолога. В октябре 2019 года планируется второго проведения мероприятия.

В заключение хочется отметить, что, несмотря на все успехи современного медикаментозного лечения ювенильных артритов, физические методы реабилитации занимают важное место в комплексе ведения пациентов. План реабилитационных мероприятий составляется индивидуально, основываясь на проблемах конкретного пациента, а не только на его диагнозе. Реабилитация должна быть занятием не только врачей и методистов, но и самих пациентов и их родителей. Тактика реабилитационных мероприятий, программа должны составляться совместно с ними, при таком подходе пациент становится центральной фигурой восстановительного лечения и активным участником этого процесса.

### Библиографический список

1. Геппе Н. А., Мелешкина А. В., Макарова М. Р. и др. Физическая реабилитация детей с ювенильными артритами: учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов: локальное электронное издание. М.: Издательство ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, 2014.
2. Детская ревматология: клинические рекомендации для педиатров / Под ред. А. А. Баранова, Е. И. Алексеевой. М.: Союз педиатров России, 2011. 236 с.: ил.
3. Детская ревматология. Руководство для врачей. Под ред. АА Баранова, ЛК Баженовой. М.: Медицина; 2002;308.
4. Жолобова Е. С., Шахбазян И. Е., Улыбина О. В. и др. Ювенильный ревматоидный артрит. Руководство по детской ревматологии / Под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой, Г. А. Лыскиной. М.: ГЭОТАР, 2011. С. 162–245.
5. Конопелько О. Ю., Жолобова Е. С., Розвадовская О. С., Ельяшевич В. Я., Николаева М. Н. Этанерцепт в реальной клинической практике лечения больных с активным ювенильным идиопатическим артритом) // Научно-практическая ревматология. 2013, 51 (1): 44–47.
6. Михельс Х., Никишина И. П., Федоров Е. С., Салугина С. О. Генно-инженерная биологическая терапия ювенильного артрита // Научно-практическая ревматология. 2011, № 1, 78–93.
7. Милюкова И. В., Евдокимова Т. А. Лечебная физкультура: Новейший справочник / Под общ. ред. проф. Т. А. Евдокимовой. СПб: Сова; М.: Изд-во Эксмо, 2003. 862 с.
8. Нероев В. В., Катаргина Л. А., Денисова Е. В., Старикова А. В., Любимова Н. В. Эффективность генно-инженерных биологических препаратов в лечении увеитов, ассоциированных с ревматическими заболеваниями у детей // Научно-практическая ревматология. 2012, 53 (4): 91–95.
9. Физическая реабилитация. Учебник для студентов высших учебных заведений / Под общей ред. проф. С. Н. Попова. Изд. 3-е. Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. 608 с.

**Федорова Т. Н.**, кандидат медицинских наук, доцент  
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет физической культуры  
и спорта»

г. Омск, Российская Федерация  
t.fedorova@list.ru

**Бычкова Е. Г.**, магистрант  
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный университет физической культуры  
и спорта»

г. Омск, Российская Федерация  
katerinabychkova29@gmail.com

## **ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

***Аннотация.** В статье дано обоснование усовершенствованной методики лечебной гимнастики В.А. Епифанова при ишемическом инсульте с включением кардио-нагрузок, силовых нагрузок и занятий, направленных на развитие мелкой моторики.*

***Ключевые слова:** метаболический синдром, ишемический инсульт физическая реабилитация, лечебная физическая культура, лечебная гимнастика*

## **JUSTIFICATION OF METHODS OF PHYSIOTHERAPY IN ISCHEMIC STROKE ASSOCIATED WITH METABOLIC SYNDROME**

***Abstract.** The article substantiates the improved method of therapeutic gymnastics of V. A. Epifanov in ischemic stroke with the inclusion of cardio-loads and strength loads and exercises aimed at the development of fine motor skills.*

***Keywords:** metabolic syndrome, ischemic stroke physical rehabilitation, therapeutic physical culture, therapeutic gymnastics.*

**Введение.** В последние десятилетия наблюдается рост распространенности сосудистых заболеваний головного мозга, в том числе инсультов, последствия которых являются основной причиной инвалидизации у лиц старшего возраста [5].

Метаболический синдром (МС) представляет собой сочетание факторов, которые способны увеличить риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Наличие МС способствует усугублению морфологических и функциональных изменений сосудов, сердца, крови, способствует развитию проявлений ишемии, а также обуславливает повышение риска развития инсульта в популяции в 2,4 раза [12].

На сегодняшний день существует большое количество данных о повышенном риске возникновения цереброваскулярной патологии, в том числе острых нарушений мозгового кровообращения, при МС. Доказано, что наличие того или иного компонента МС увеличивает риск развития ишемического инсульта (ИИ), причем существует прямая зависимость между числом факторов риска МС и частотой сердечно-сосудистых заболеваний [9 – 11].

Физическая реабилитация является частью медицинской реабилитации и предусматривает применение всевозможных мероприятий, направленных на повышение уровня социально-бытовой адаптации и восстановление работоспособности пациентов, перенесших инсульт.

Реабилитация после инсульта должна включать в себя разнообразные мероприятия, направленные на восстановление или компенсацию нарушенных функций

нервной системы. В основе восстановительных процессов лежат механизмы нейропластичности – способности нервной ткани к структурно-функциональной перестройке, происходящей после ее повреждения, что ведет к восстановлению нарушенных двигательных функций, памяти, обучения, приобретению новых навыков [7].

Всем пациентам необходимо рекомендовать изменение образа жизни для снижения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Для коррекции массы тела пациентам рекомендуются регулярные аэробные физические упражнения умеренной интенсивности. Регулярная физическая активность способствует снижению уровня триглицеридов и повышению уровня холестерина, липопротеидов высокой плотности, что, в свою очередь приводит к снижению АД, уменьшает инсулинорезистентность, улучшает функцию эндотелия [8]. Однако методики, которая бы не только улучшила нарушенные после ишемического инсульта функции, но и воздействовала бы на все звенья патогенеза метаболического синдрома, а также снижала бы риск развития повторного ишемического инсульта в научно-методической литературе не найдены.

Цель исследования: теоретически обосновать методику лечебной гимнастики при метаболическом синдроме у лиц, перенесших ишемический инсульт.

Задачи исследования:

1. Изучить методы физической реабилитации при метаболическом синдроме у лиц, перенесших ишемический инсульт и выявить наиболее эффективные по данным научно-методической литературы.

2. Усовершенствовать методику лечебной гимнастики при метаболическом синдроме у лиц, перенесших ишемический инсульт.

Методы и организация исследования. Практическая часть исследования будет проводиться на базе физиотерапевтического отделения круглосуточного стационара БУЗОО «КДЦ» (г.Омск). В исследование включены мужчины 40-50 лет, страдающие метаболическим синдромом, перенесшие ишемический инсульт, давшие добровольное информированное согласие на участие. Формирование выборок будет происходить путем рандомизации, в результате чего обследуемые распределятся на 2 группы – контрольную и экспериментальную, по 10 человек в каждой.

С целью оценки показателей, характеризующих физическое состояние исследуемых, анализировались: масса тела, индекс массы тела, окружность плеча, окружность талии, окружность бёдер. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы измерение артериального давления, подсчет частоты сердечных сокращений, оценку уровня сатурации крови во время физической нагрузки методом пульсоксиметрии – измерение процентного содержания оксигемоглобина в артериальной крови (SpO<sub>2</sub>) [1,2]. В исследовании применяли пульсоксиметр PulseOX 7500 (SPO Medical, Израиль) – аппарат, который обеспечивает регистрацию сигнала с интервалом один раз в несколько секунд (от 1 до 10 секунд) с последующим автоматическим анализом данных. Оценка степени тяжести двигательного дефекта пораженной конечности по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) [3,6].

Контрольная группа будет заниматься по методике лечебной гимнастики В.А. Епифанова при ишемическом инсульте в позднем восстановительном периоде [4], экспериментальная группа – по усовершенствованной методике лечебной гимнастики В.А. Епифанова за счет включения кардио-нагрузки и занятий, направленных на развитие мелкой моторики. Занятия будут проводиться в течение 8 недель, 8 занятий на стационарном этапе, затем на амбулаторном этапе реабилитации по 3 занятия в неделю. В ЭГ одно из занятий будет отводиться на развитие мелкой моторики. Занятие лечебной гимнастикой будет строиться по общепринятой схеме и состоять из трех частей: вводной, основной, заключительной.

В контрольной группе на вводную часть будет отводиться 10 минут общего времени занятия. Основная задача вводной части – подготовить организм к предстоящей деятельности. Данная часть включит в себя общеразвивающие упражнения для мышц верхнего плечевого пояса, рук, туловища, для нижних конечностей, для мелких и средних мышечных групп, дыхательные упражнения, упражнения на растягивание мышц статического и динамического характера.

На основную часть будет отводиться 25-30 минут. Основная задача данной части – повышение физической работоспособности организма за счет выполнения физических упражнений. Основная часть включает: активные упражнения, активно-пассивные упражнения пораженной конечности, упражнения для развития дифференцированных движений в отдельных суставах пораженной конечности, дыхательные упражнения как статического, так и динамического характера; упражнения на координацию движений, упражнения, направленные на совершенствование ходьбы, упражнения с использованием предметов, из разных исходных положений. Темп выполнения упражнений средний, отношение дыхательных упражнений к общеразвивающим 1:2 или 1:3.

На заключительную часть будет отводиться 10 минут от общего времени занятия. Основная задача данной части – снижение физической активности, нормализация деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Данная часть представлена упражнениями в ходьбе, упражнениями для мелких и средних мышечных групп, упражнениями на расслабление, дыхательными упражнениями.

В экспериментальной группе на вводную часть будет отводиться 15 минут общего времени. Данная часть представлена кардио-нагрузкой на велотренажере либо тредмиле, общеразвивающими упражнениями для плечевого пояса, рук, туловища, нижних конечностей, дыхательными упражнениями, упражнениями на растягивание, с целью разминки организма и подготовки к предстоящей деятельности.

Основная часть занимает 25 минут общего времени и включает в себя: упражнения для тренировки силы мышц верхних, нижних конечностей с использованием эспандера (лента), в исходном положении сидя, стоя, колено-кистевая стойка, лежа на животе, упражнения на тренажере, дыхательные упражнения как статического, так и динамического характера; упражнения с фитболом, с мячами разного диаметра, упражнения для мышц брюшного пресса, ДУ с целью восстановления дыхания. Упражнения для пальцев стоп с мелкими предметами, палкой с целью профилактики плоскостопия. Темп выполнения упражнений средний, отношение дыхательных упражнений к общеразвивающим 1:2 или 1:3, количество повторений каждого упражнения 6-8 раз.

На заключительную часть будет отводиться 15 минут общего времени. Данная часть представлена десятиминутной кардио-нагрузкой на велотренажере (тредмил), упражнений для средних и мелких мышечных групп, дыхательных упражнений, упражнений на растягивание нижних и верхних конечностей.

Занятие, представленное развитием мелкой моторики, будет строиться следующим образом: в водной части, продолжительностью 10 минут с целью разминки предлагается использовать кардио-нагрузку на велотренажере (тредмил), общеразвивающие упражнения для верхнего плечевого пояса, рук, туловища, нижних конечностей, дыхательные упражнения. Продолжительность основной части 25 минут. Данная часть занятия представлена комплексом упражнений по развитию мелкой моторики – пальчиковая гимнастика, использование бытовых приспособлений – мелкая мозаика, шнуровка, пальчиковое рисование, изготовление поделки из мелких предметов. Заключительная часть была продолжительностью 15 минут и состояла из 5-10 минутной кардио-нагрузки на велотренажере (тредмиле), а также упражнений на растягивание. Физическая нагрузка соответствовала общему состоянию сердечнососудистой системы больного и его субъективной реакции на нагрузку.

## **Выводы**

1. Проведенный анализ научно-методической литературы по проблеме физической реабилитации при ишемическом инсульте в сочетании с метаболическим синдромом показал, необходимость применения комбинированных и координированных медико-социальных мероприятий по восстановлению физической, психической, социальной и профессиональной активности.

2. По данным научно-методической литературы сочетание реабилитационных мероприятий, которые будут улучшать нарушенные функции вследствие ишемического инсульта, а также воздействовать на все звенья патогенеза метаболического синдрома, приведут к наибольшему положительному эффекту в системе физической реабилитации пациентов при данной патологии.

## **Библиографический список**

1. Р.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей / Р.В. Бузунов // Практическое руководство для врачей. – 2013. – С.12
2. Р.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна у взрослых и детей / Р.В. Бузунов // Практическое руководство для врачей. – 2013. – С.124
3. Варавикова Е.А. Оценка медицинских технологий за рубежом // Кремлевская медицина. Клинич. вестн. – 2009. – №1. – С. 74-77.
4. Епифанов В.А. Реабилитация больных, перенесших инсульт / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. М.: МЕДпресс-информ, 2013. 242 с.
5. Муравьева, С.М. Карпов, П.П. Шевченко, И. А. Вышлова, и др. // Современные проблемы науки и образования – 2015. № 4 – С. 441–450.
6. Кадырова А.С. Тесты и шкалы в неврологии: руководство для врачей – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 224 с.
7. Крыжановский Г.Н. Пластичность в патологии нервной системы/ Г.Н. Крыжановский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – 2001. № 101(2) – С. 4–7.
8. Кухарчук В.В. диагностика и лечение нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза / В.В. Курахчук, Г.А. Коновалов, А.С. Галивич, А.В. Сусиков, И.В. Сергиенко // Российские рекомендации V пересмотра. – 2012. – № 2(13). С 56-69.
9. Iso H., Sato S., Kitamura A. et al. The risk of ischemic heart disease and stroke among Japanese men and women. Stroke 2007; 38: 1744–1751. 15
10. Kurl S., Laukkanen J.A., Niskanen L. et al. Metabolic syndrome and the risk of stroke in middle-aged men. Stroke 2006; Mar. 37 (3): 806–811.
11. McNeil A.M., Schmidt M.I., Rosamond W.D. et al. The metabolic syndrome and 11-year risk of incident cardiovascular disease in the atherosclerosis risk in communities study. Diabetes Care 2005; 28: 385–390.
12. Kernan W.N. Insulin resistance, metabolic syndrome and stroke. Int. J Stroke 2008; 3 (1): 34.

УДК 796.035

**Шамшуалеева Е.Ф.**, кандидат педагогических наук  
Омский государственный университет им.Ф.М.Достоевского  
г.Омск, Российская Федерация  
shamshualeeva@mail.ru

**Воробьева Т.Г.**,  
Омский государственный университет им.Ф.М.Достоевского

г.Омск, Российская Федерация

vorobeva.tamarf@mail.ru

**Харченко Л. В.**, кандидат педагогических наук, доцент

Омский государственный университет им.Ф.М.Достоевского

г.Омск, Российская Федерация

harchenko69@mail.ru

**Ватина Е. В.**, кандидат педагогических наук, доцент

Пермский государственный национальный исследовательский университет

г. Соликамск, Российская Федерация

## **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ (ДЦП)**

***Аннотация.** При всех формах церебрального паралича у детей отмечаются такие двигательные нарушения, как снижение мышечной силы с ограничением произвольных движений, нарушения равновесия и координации движений, гиперкинезы и др. Все это в последующем формирует контрактуры, деформации, патологические двигательные стереотипы. Основным и ведущим средством коррекции двигательных нарушений при церебральных параличах остаются физические упражнения. При этом значительные успехи отмечены при внедрении в процесс реабилитации инновационных технологий, таких как пневмо-костюмы, экзоскелеты, сенсорные комнаты, тренажерные устройства и т.п.*

***Ключевые слова:** детский церебральный паралич (ДЦП), реабилитация, пневмо-костюм «Атлант», двигательные действия.*

## **INNOVATIVE TECHNOLOGIES IN REHABILITATION OF CHILDREN WITH CEREBRAL PALSY (CP)**

***Abstract.** When all forms of cerebral palsy in children, such as reducing motor disorders of muscle strength with restriction of arbitrary movements, imbalance and coordination of movements, hyperkineses etc. All this in a subsequent generates contractures, deformity, pathological motor stereotypes. The main and leading means of correction of motor disorders in cerebral paralyses remain exercise. Considerable successes are noted when introducing the rehabilitation process of innovative technologies, such as pneumatic costumes, exoskeletons, sensory rooms, exercise devices, etc.*

***Keywords:** cerebral palsy (CP), rehabilitation, pneumatic suit "Atlant", statodinamicheskie quality.*

Одним из тяжелейших заболеваний центральной нервной системы (ЦНС), является детский церебральный паралич (ДЦП), при котором ведущим клиническим симптомом является нарушение двигательной деятельности. Особенности течения болезни приводят к значительному отставанию детей в психомоторном развитии, деформациям и контрактурам суставов, нарушению формирования основных двигательных локомоций и др. [1,2,4]. Работа, по преодолению двигательных нарушений при ДЦП крайне сложна и во многом зависит от степени поражения центральной и периферической нервной системы. Формирование новых двигательных навыков и умений происходит медленно [1,6]. В связи с чем, актуальным является поиск новых и эффективных методик по коррекции двигательных нарушений.

К инновационным технологиям на сегодняшний день относятся методики, созданные д. м. н., профессором Казанского государственного университета, главным реабилитологом Министерства социальной защиты Республики Татарстан Исановой В.А. (2007), которые вошли в реестр медицинских технологий Министерства



здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Опираясь на прошлый опыт известных мировых специалистов в области восстановительного лечения неврологического направления, таких как Г.Кабат, А.Петё, Исанова В.А разработала нейро-ортопедический реабилитационный пневмо-костюм (РПК) «Атлант, как вариант способа кинезотерапии в медико-кондуктивной реабилитации детей с ДЦП. РПК «Атлант» – это система индивидуальных занятий, формирующая новые двигательные навыки на основе нейрофизиологических механизмов проприорецептивного нервно-мышечного проторения, повышающие реакции мышц на их активное сокращение через «бомбардировку»  $\alpha$ -,  $\gamma$ - мотонейронов спинного мозга импульсами с вышестоящих нервных формаций, в ответ на проприорецептивные раздражения с периферии [3,4]. Методика включает в себя пассивные, пассивно-активные движения, выполняемые в возможных для ребенка исходных положениях – лежа, на боку, сидя, стоя, ходьба. Все движения проходят по определенной траектории, называемой «диагональю». Движения в диагоналях выполняются в определенной последовательности: перед выполнением движения, участвующие в работе мышцы фиксируются и пассивно приводятся в положение с максимальным растяжением, благодаря чему достигается дополнительная стимуляция мышечных рецепторов и что улучшает процесс «рефлекторного перепрограммирования». Далее осуществляется команда на выполнение диагонального движения и контролируется его траектория. Для закрепления правильности выполнения движений эта последовательность выполняется определенное количество повторений.

В настоящее время для оценки двигательных функций у детей с ДЦП предложены различные методики: шкала оценки больших моторных функций GMFCS, программа MOVE и другие. Тестирование детей с церебральным параличом является сложной, но необходимой задачей, которая позволяет как специалистам, так и родителям оценить у занимающегося изменения в двигательной функции от реабилитационных мероприятий.

Целью нашей работы стала разработка бальной оценочной шкалы двигательных действий и оценка эффективности методики Исановой В.А. с использованием пневмо-костюма «Атлант» у детей с ДЦП в позднем восстановительном периоде.

Для решения поставленных задач нами была разработана бальная оценочная шкала. Оценивались такие двигательные действия, как способность к повороту со спины на живот, самостоятельно сидеть и ходить. Распределение по баллам была следующая.

Поворот со спины на живот: 0 – нет движений; 1 – может повернуть голову, приподнять руку противоположную повороту; 2 – поворот боком, руки согнуты в локтевых суставах и прижаты к туловищу; 3 – поворот боком; руку одноименную повороту, может вытянуть вверх; 4 – может повернуться на живот, но через положение сидя, с опорой на руки; 5 – выполняет движение самостоятельно.

Способность самостоятельно сидеть: 0 – не садится; 1 – сидит на специальном стуле (коляске) с высокими подлокотниками и высокой спинкой; 2 – сидит на обычном стуле с высокой спинкой с опорой на спинку, ногами касаясь пола с поддержкой руками; 3 – сидит на кушетке свесив ноги, удовлетворительно, с круглой спиной; 4 – сидя на кушетке может выполнять движения руками и ногами; 5 – самостоятельно сидит.

Способность самостоятельно передвигаться: 0 – не ходит; 1 – передвижение возможно в костюме, брусках или с ходунками, ноги в порочной позе, перенос веса тела с одной ноги на другую отсутствует, по лестнице не ходит; 2 – ходит с поддержкой, ноги в порочной позе, возможен перенос веса с одной ноги на другую, ходьба не ритмична; 3 – ходит без поддержки от 3 до 10 шагов, балансируя руками, ноги в порочной позе, в момент опоры опускается на всю стопу, переносит вес тела с одной ноги на другую, ходьба не ритмична, возможно раскачивание корпуса; 4 – ходит без внешней поддержки, ноги в порочной позе, но под контролем, при ходьбе небольшими шагами поза ног улучшается, возможен перекал, ходьба ритмична и координирована, допустимо раскачивание тела, по лестнице ходит, держась одной рукой за перила; 5 – ходит

устойчиво с перекатом стоп, сохраняя небольшую ротацию бедер внутрь, движения рук координированы, по лестнице ходит без дополнительной опоры.

Экспертами выступили: врач-невролог, инструктор ЛФК и кинезотерапии, специалист по массажу.

Исследование проводилось на базе Центра реабилитации санатория «Рассвет» г.Омска. В эксперименте приняли участие 10 детей с ДЦП (спастическая форма) в возрасте от 3 до 14 лет. Дети подбирались с учетом сохранного интеллекта, понимающие обращенную к ним речь, умеющие вступать в общение и поддерживать диалог. Было сформировано 2 подгруппы. В 1-ю подгруппу вошли дети, способные передвигаться, ходить с поддержкой. Во 2-ю группу вошли дети, которые не ходят. С каждым ребенком было проведено 10 сеансов в РПК «Атлант».

Полученные данные в ходе исследования выявили положительную динамику у детей обеих групп по всем изучаемым параметрам. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты экспертной оценки двигательных действий до и после курса реабилитации (n=10)

Двигательные действия	Показатели по группе (X±σ)		Прирост (%)
	До курса реабилитации	После курса Реабилитации	
1-я подгруппа			
Поворот со спины на живот (балл)	3,0±0	4,0±0*	33,0
Способность самостоятельно сидеть (балл)	3,2 ±1,2	4,4 ±0,5*	31,0
Способность самостоятельно передвигаться (балл)	1,6±0,5	2,8±0,4*	100,0
2-я подгруппа			
Поворот со спины на живот (балл)	1,0±1,1	2,3±1,1*	130,0
Способность самостоятельно сидеть (балл)	1,6±1,2	2,5±1,1	56,0
Способность самостоятельно передвигаться (балл)	0	0	0,0

Примечание: \*- достоверность различий P<0,05

Выявлено, что более значимые улучшения отмечены у детей 2-ой подгруппы, которые на начало исследования были не способны передвигаться и удерживать позу. Экспертами отмечено улучшение тонуса мышц, уменьшение контрактур; стабилизируется удержание головы. У всех детей улучшилась общая двигательная активность, более активными стали движения конечностями. У нескольких детей появились такие движения, как ползание, шаговые движения в костюме, возможность вставать с поддержкой. У всех детей отмечается улучшение жевания, глотания, а также речи.

Коэффициент конкордации в 1 группе составило - 0,99 во второй-1, что свидетельствует о высокой степени согласованности мнений экспертов.

Вышеизложенное позволяет говорить о том, использование современных инновационных технологий в реабилитации детей с церебральным параличом, таких как пневмо-костюм «Атлант», способствуют более качественному повышению их двигательных возможностей. Предложенная бальная шкала оценки двигательных действий позволяет оценить эффективность реабилитационных мероприятий.

### Библиографический список

1. Борисов А.Е. Актуальные вопросы комплексной реабилитации при детском церебральном параличе/А.Е.Борисов//Вестник гос. соц-гум. унив. 2018. №3(31). С.3-45.
2. Барбаева С.Н. Детский церебральный паралич/ С.Н.Барбаева, Т.В.Кулешова.- Монография.- Германия, 2015.-190с.
3. Исанова В.А. Новые инновационные технологии медико-социальной реабилитации - Казань: МСЗ РТ, 2007-27 с.
4. Исанова В.А. Восстановление двигательных функций нейродинамическими методами реабилитации/В.А.Исанова//Лечебная физкультура и спортивная медицина. 2008. №4(52).С.41-42.
5. Козьявкин В.И. Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Львов, НВФ: Украинские технологии. 1999 – 144 с.
6. Оценка двигательных возможностей детей с ДЦП при выполнении упражнений из разных исходных положений/Н.А.Гросс, И.Ю.Беркутова, Т.Л.Шарова, Г.В.Буканова, Н.И.Зеленова // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2016. – № 4 (134).- С.64-70.

# ИНКЛЮЗИВНЫЙ ПОДХОД В ОБРАЗОВАНИИ И АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

УДК 378.016

Ерданова Г. С., докторант 3 курса  
Казахская академия спорта и туризма  
г. Алматы, Республика Казахстан  
gulshirin.erdanova@mail.ru

## ИНКЛЮЗИВТІ БІЛІМ БЕРУ ЖАҒДАЙЫНДА БОЛАШАҚ ДЕНЕ МӘДЕНИЕТІ МҰҒАЛІМІНІҢ ІС-ӘРЕКЕТІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*Аңдатпа.* Мақалада болашақ дене мәдениеті мұғалімдерінің инклюзивті білім беру жағдайында жұмыс жасауға даярлығы мәселесі қарастырылады. Зерттеуші инклюзивті білім беру жағдайында педагог іс-әрекетінің ерекшеліктерін ашуға тырысты.

*Кілт сөздер:* инклюзия, инклюзивті білім беру, имидж, дене мәдениеті, мұғалімнің имидждік құзыреттілігі.

## ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БУДУЩИХ УЧИТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Аннотация.* В данной статье рассматриваются актуальные вопросы готовности будущих учителей физической культуры к работе в условиях инклюзивного образования. Автор попытался выявить особенности работы педагога в условиях инклюзивного образования.

*Ключевые слова:* инклюзия, инклюзивное образование, имидж, физическая культура, имиджевая компетентность учителя.

## FEATURES OF ACTIVITY OF FUTURE TEACHERS OF PHYSICAL CULTURE IN THE CONDITIONS OF INCLUSIVE EDUCATION

*Abstract.* This article deals with topical issues of readiness of future teachers of physical culture to work in an inclusive education. The authors tried to identify the features of the teacher's work in the conditions of inclusive education.

*Keywords:* inclusion, inclusive education, image, physical culture, image competence of the teacher.

Қазіргі таңда қоғамды және, атап айтқанда, білім беруді реформалаудың жетекші үрдісі мемлекеттік саясат қағидаты ретінде білім берудің гуманистік сипатын бекітіп, оны ізгілендіру идеясы болып табылады. Бұл оқушының мүдделерін, мүмкіндіктері мен қабілеттерін ескере отырып, жеке тұлға ретінде, дербес қызмет субъектісі ретінде дамуы үшін жағдай жасауды көздейді, бұл оның одан әрі өзін-өзі қозғалуы мен дамуын қамтамасыз етеді. Бұл проблеманы шешу педагогтың оған сәйкес кәсіби дайындығы, қажетті жеке қасиеттері болған кезде ғана толық көлемде жүзеге асырылуы мүмкін. Яғни, ерекше қажеттіліктері бар балалар баратын білім беру мекемелерінің педагогтары ойлаудың, сезімнің, құндылықтар жүйесінің қандай мәдениетіне ие болуы олардың ықпалының күші мен сапасы, осындай балалардың адамдар мен өзіне деген әлемге деген қарым-қатынасының сипатына байланысты. Мұндай жағдайда жұмыс істейтін

педагогтарға дефектология негіздері және осындай балалармен қарым-қатынас жасау тәсілдері туралы түсініктері болуы қажет.

Инклюзивті білім беру жағдайында жұмыс істейтін заманауи педагог түзету – дамыту, түзету-оқыту, түзету-тәрбие міндеттерін шешетін түзету педагогы, педагог-дефектолог болып табылады.

Жалпыға белгілі болғандай, дефектология-қалыпты дамып келе жатқан балаларға жалпы қабылданған педагогикалық және психологиялық әсер етуден айырмашылығы, оқыту процесінің өзін айқын ізгілендірусіз түпкілікті құрылған деп саналмайды, өйткені аномальды бала үнемі психологиялық көмекті қажет етеді. Біздің ойымызша, түзету педагогы немесе инклюзияда жұмыс істейтін негізгі (тиісті) мамандық - бұл оның кәсіби-гуманистік бағыты.

С.И. Сабельникованың жалпы білім беру мекемелерінің педагогтарын инклюзивті білім беру жағдайында жұмысқа дайындау бойынша ұстанымын қарастырайық [1].

Автор педагогтардың кәсіби және тұлғалық дайындығы үшін қажетті:

- инклюзивті білім беру дегеніміз не, оның дәстүрлі білім беру формаларынан айырмашылығы неде екенін білу;

- инклюзивті білім беру ортасы жағдайында балалардың жас және тұлғалық дамуының психологиялық заңдылықтары мен ерекшеліктерін білу;

- бұзылған және қалыпты дамуы бар балаларды бірлесіп оқыту үшін оқу үдерісін психологиялық және дидактикалық жобалау әдістерін білу;

- білім беру ортасының барлық субъектілері арасындағы педагогикалық өзара әрекеттестіктің әртүрлі тәсілдерін іске асыра білу (оқушылармен жеке-жеке және топта, ата-аналармен, әріптестерімен-мұғалімдермен, мамандармен, басшылықпен).

Сонымен қатар, заманауи педагогика мұғалімдердің дайындығын анықтау үшін педагогтардың педагогикалық қызметті жүзеге асыруға теориялық және практикалық дайындығының бірлігін білдіретін және олардың кәсібилігін сипаттайтын кәсіби құзыреттілік ұғымын енгізеді.

Көптеген зерттеушілермен кәсіби құзыреттілік түсінігі тұлғаның және педагог қызметінің интегралды көп деңгейлі кәсіби маңызды сипаттамасы ретінде ашады [2]. Соңғы бірнеше жылда кәсіби белсенділікті дамытудың субъективті-тұлғалық аспектісіне және кәсіби педагогикалық қызметтің субъектісі ретінде педагогтің бастаманы іске асыруға назар аударудың күшеюі байқалады. Басқаша айтқанда, педагогикалық іс-шаралардың табысы көп жағдайда олардың проблемалы балаға деген қарым-қатынасына байланысты.

Дамуында ауытқулары бар балалармен жұмыс істейтін педагог - гуманист тұлғасының аса маңызды кәсіби мәні бар қасиеттерімен біз оларға мейірімді қарым - қатынас және оларға пайдалы болуға тілек, жоғары оң өзін-өзі бағалау, эмпатия, жауапкершілік және ішкі бақылау локусы, шыдамдылық және стресстік жағдайларға төзімділік, проблемалы баланың тұлғасына құрмет (субъект-қарым-қатынастың субъектілік сипаты) деп пайымдаймыз.

Педагог келесі жүйелерде қалай және кіммен қарым-қатынас жасауды білуі және интуитивті сезінуі тиіс:

- инклюзивті білім беру жағдайындағы педагог және бала;

- инклюзивті білім беру жағдайындағы педагог және ата-аналар (немесе микроәлеи білім беру жағдайындағы педагог және дәрігер (мысалы: невролог);

- инклюзивті білім беру жағдайында педагог-мұғалім және тәрбиеші;

- инклюзивті білім беру жағдайындағы педагог және инклюзивті білім беру жағдайындағы педагог;

- инклюзивті білім беру жағдайындағы педагог-дәрігер - бала-ата - ана.

Сонымен қатар, педагогикалық білім берудің гуманистік мақсаты болашақ дене мәдениеті мұғалімінің тұлғалық позициясын (педагогикалық қызметке мотивациялық-құндылық қарым-қатынас) және оның кәсіби білімін, іскерлігін, дағдыларын (кәсіби

құзыреттілігін) біріктіреді. Бұл бірлік дамуында ауытқулары бар баланың тағдыры үшін, оның болашағы үшін жауапкершілікті өзіне қабылдауға дайындығын қамтамасыз ететін мұғалімнің немесе тәрбиешінің даму деңгейін анықтайды.

Жоғарыда белгіленгендей, болашақ дене мәдениеті мұғалімінің инклюзивті білім берудің гуманистік қызметін іске асыруға қабілеті тұлғаның кәсіби-гуманистік бағыттылығымен байланысты.

Инклюзивті білім беру жағдайында болашақ дене мәдениеті мұғалімінің кәсіби даярлығын ізгілендіру деп білім беру мекемелерінің болашақ қызметкерінің жеке басы мен жеке басын үздіксіз жалпы және кәсіби дамыту деп түсінуге болады. Осы тұста кәсіби мәдениет, адамгершілік, мотивация мәселелері басымдыққа ие болады.

Біздің ойымызша, инклюзивті жағдайында жұмыс істейтін дене мәдениеті мұғалімінде болуы тиіс тікелей біліктердің арасында: диалогтық біліктер, гностикалық біліктер, дидактикалық біліктер, ойындық біліктер, ұйымдастырушылық біліктер, коммуникативтік-режиссерлік, болжамдық және рефлексиялық біліктер. Сондай-ақ мотивациялық біліктер, яғни балалар не үшін не үшін және не үшін оқиды және бұл қалай пайдалы екенін түсінуі үшін оқу-тәрбие процесін осылай құра білуі тиіс.

Сонымен, ерекше қажеттіліктері бар балаларымен жұмыс істейтін болашақ дене мәдениеті мұғалімін даярлау процесі берілуге және меңгеруге жататын үш құндылықтар жүйесінен тұруы тиіс: білім беру мазмұны - қажетті кәсіптік білім жүйесі ретінде; болашақ педагогтың кәсіби шеберлігі мен дағдыларының жүйесін қалыптастыратын практикалық оқыту; кәсіби сипаттағы құндылықтарды дамыту жүйесі ретінде кәсіптік тәрбиелеу.

### **Библиографиялық тізім**

1. С. И. Сабельникова Развитие инклюзивного образования // Справочник руководителя образовательного учреждения. 2009. № 1. С. 42—54.
2. Хафизуллина И. Н. Формирование инклюзивной компетентности будущих учителей в процессе профессиональной подготовки: дисс. ... канд. пед. наук: - Астрахань, 2008.

УДК 240

**Николаева В.И.**, преподаватель

БПОУ «Омский колледж профессиональных технологий»

г. Омск, Российская Федерация

**Игнатенко С. М.**, методист

БПОУ ОО «Омский колледж профессиональных технологий»

г. Омск, Российская Федерация

svetlana.ignatenko.1972@mail.ru

### **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНОГО ЧЕМПИОНАТА «АБИЛИМПИКС» НА ПРИМЕРЕ ОПЫТА РАБОТЫ В БПОУ ОО «ОМСКИЙ КОЛЛЕДЖ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ»**

*Аннотация.* В данной статье рассматриваются проблемы, связанные с введением инклюзивного образования в профессиональных образовательных организациях среднего профессионального образования Омской области и представлен опыт работы в процессе внедрения инклюзивного образования в БПОУ «Омский колледж профессиональных технологий».

*Ключевые слова:* инклюзивное образование, инклюзивное физическое воспитание, адаптивная физическая культура.

## **FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF INCLUSIVE EDUCATION AND THE HOLDING OF THE REGIONAL CHAMPIONSHIP "ABILIMPIX" ON THE EXAMPLE OF WORK EXPERIENCE IN BPEI PA "OMSK COLLEGE OF PROFESSIONAL TECHNOLOGIES"**

*Abstract.* This article discusses the problems associated with the introduction of inclusive education in vocational educational institutions of secondary vocational education in the Omsk region and presents work experience in the process of introducing inclusive education at the Omsk College of Professional Technologies.

*Key words:* inclusive education, inclusive physical education, adaptive physical education.

В настоящее время в Российской Федерации насчитывается около 13 млн. людей с инвалидностью. Уровень инвалидности составляет 9,2%. По некоторым оценкам из 2,57 млн. людей с инвалидностью, которые находятся в трудоспособном возрасте, работает только 817,2 тыс. человек, а численность неработающих людей с инвалидностью составляет 1,75 млн. человек или 68,1% от численности инвалидов в трудоспособном возрасте.

С 2012 года в нашем колледже – колледже профессиональных технологий - реализуется инклюзивное образование. Этому процессу положил начало разработанный в колледже целевой проект «Система инклюзивного профессионального обучения и поддержки граждан с ограниченными возможностями здоровья». Безусловно, работа по организации инклюзивного образования имеет плановый и системный характер.

В качестве механизма развития доступности и качества предоставления среднего профессионального образования для инвалидов и лиц с ОВЗ выбран подход, связанный с формированием сети базовых профессиональных образовательных организаций (БПОО), координируемых федеральным методическим центром.

Министерство образования Омской области, в нашем регионе определила базовой профессиональной образовательной организацией для осуществления ресурсной и координирующей деятельности по реализации, развитию и распространению инновационной образовательной практики инклюзивного профессионального образования, БПОУ ОО «Омский колледж профессиональных технологий» на базе которого в 2017 году был открыт Центр инклюзивного профессионального образования, в 2018 году Ресурсный учебно-методический центр по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (РУМЦ) в системе среднего профессионального образования по направлению 49.00.00 Физическая культура и спорт – это структурное подразделение бюджетного профессионального образовательного учреждения Омской области «Омский колледж профессиональных технологий», в котором сконцентрированы ресурсы, необходимые для обучения лиц с инвалидностью и ОВЗ по физической культуре и спорту, при реализации основных образовательных программ.

Цель создания РУМЦ – модернизация системы инклюзивного профессионального образования БПОУ ОКПТ по указанному направлению посредством совершенствования образовательной, инновационной, методической деятельности в процессе консолидации усилий специалистов. В данном направлении нас поддерживает Министерство образования Омской области, мы плотно сотрудничаем с Министерством по делам молодёжи, физической культуры и спорта Омской области. Это то направление, где осуществляется сотрудничество двух Министерств. Поэтому наш колледж второй год подряд является координатором подготовки и проведения Регионального Чемпионата «Абилимпикс» и базовой профессиональной образовательной организацией,

обеспечивающей поддержку региональной системы инклюзивного профессионального образования.

При анализе регионального опыта проведения конкурсов для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в системе среднего профессионального образования были выявлены следующие затруднения:

- обеспечение конкурсной площадки интерактивным оборудованием в соответствии с инфраструктурным листом;
- мотивация самих инвалидов для участия в Региональном Чемпионате «Абилимпикс»;
- вовлечение соответствующих правительств в процесс улучшения профессиональных навыков и карьерного роста инвалидов.

Цель проведения Регионального Чемпионата «Абилимпикс» является – обеспечить эффективную профессиональную ориентацию и мотивацию инвалидов и лиц с ОВЗ к получению профессионального образования, содействие их трудоустройству и социокультурной инклюзии в обществе.

Задачи Регионального Чемпионата:

- продвижение современных форматов профессиональной ориентации инвалидов и лиц с ОВЗ с использованием технологий конкурсов «Абилимпикс»;
- повышение уровня профессионального мастерства инвалидов и лиц с ОВЗ посредством внедрения лучших практик конкурсов «Абилимпикс» в образовательный процесс;
- расширение возможностей трудоустройства инвалидов и освоения новых видов профессиональной деятельности, заключения договоров о трудоустройстве и организация стажировок для участников Регионального

Чемпионата в рамках социального партнерства с работодателями.

31 октября -1 ноября 2018 года в Омском колледже профессиональных технологий состоялся II региональный чемпионат Омской области «Абилимпикс-2018». В этом году было представлено 11 компетенций (адаптивная физическая культура, ресторанный сервис, фотограф - репортер, медицинский и социальный уход, флористика, массажист, учитель начальных классов, реклама, дошкольное образование, водитель автомобиля, дизайн плаката (*презентационная*)).

В соревновательных компетенциях: приняло участие 82 участника и 6 человек в презентационной компетенции.

В конкурсе приняли участие следующие виды нозологий: изменения со стороны опорно-двигательного аппарата (ОДА), нарушение зрения, нарушение слуха, соматические заболевания, ментальные нарушения.

**Компетенция «Массажист» была представлена впервые.** Массаж, как искусство оздоровления организма человека, известен миру уже несколько тысяч лет. Сегодня массажисты работают в медицинские организации, салонах красоты, фитнес - центрах. Поэтому современному массажисту необходимо обладать знаниями и умениями не только в классическом массаже, но и профессионально разбираться во всем разнообразии массажных технологий, осваивать спортивный, лечебный, гигиенический, косметический и другие виды массажа.

Однако с общим развитием цивилизации, растет и уровень ожиданий к компетенции массажиста. В обществе есть проблема социальной, психологической и профессиональной адаптации специалистов с ограниченными возможностями здоровья. Как правило, к таким специалистам работодатели, клиенты выражают более жесткие ожидания профессионального уровня.

К участию допускались участники, предоставившие следующие документы: справка МСЭ или справка о подтверждении, что участник имеет ограниченные возможности здоровья; документы об окончании образовательных учреждений, подтверждающие наличие медицинского высшего или средне-специального образования



(специальности - медицинская сестра, фельдшер, акушерка) либо по специальности «Прикладная эстетика»; документы об обучении в учреждениях медицинского высшего или средне - специального образования; справка из ПНД; документы, подтверждающие освоение курсов по массажным технологиям.

Конкурсные задания выполнялись в течение 2-х дней. В первый день участники выполняли «Классический массаж» в течение 30 мин. Во 2-ой день выполнялась «Свободная программа» в течение 30 мин. По результатам выполнения 2-дневных заданий кол-во баллов составило 100.

Основными критериями оценки были: соблюдение порядка очередности выполнения массажных приёмов: (поглаживание, растирание, разминание, вибрация); физиологичность выбора массажного приёма (интенсивность, направление движений) по отношению к массируемой области, коммерческая привлекательность программы массажа, её органичность и целостность, организация рабочего пространства, эстетическая привлекательность – антураж.

В компетенции «Массажист» приняли участие 8 человек.

Из них глухих и слабослышащих - 2 человека, слепых и слабовидящих - 4 человека, 2- человека с соматическими заболеваниями.

Положительные моменты:

- ранняя профориентация детей с инвалидностью;
- повышение уровня профессиональных компетенций лиц с ОВЗ и лиц с инвалидностью;
- создание экспертного сообщества и новых коммуникационных линий в рамках развития профессиональной подготовки лиц с ОВЗ и лиц с инвалидностью;

#### **Компетенция «Адаптивная физическая культура»**

Основной целью данной компетенции является максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья, за счет обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющихся в наличии (оставшихся в процессе жизни) его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизации для максимальной самореализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта. В 2017 году конкурсные задания не подразделялись на категории участников, были для всех одинаковы и выполнялись в течение двух дней. В 2018 году, были выделены 3 категории участников: школьники, студенты, специалисты. Для каждой категории свое конкурсное задание, состоящее из двух модулей, которое выполнялось в течение одного дня.

Каждое конкурсное задание оценивалось по двум видам оценок: объективная, которая содержала 10 критериев, и субъективная, состоящая из 5 критериев. По каждому объективному критерию было предложено оценить участника по бальной шкале от 2 до 4. Максимальный балл субъективного критерия составил 100 баллов. Ведущими критериями являлись: соответствие предлагаемого содержания фрагмента основной части тренировочного занятия возрастным особенностям занимающихся; реализация поставленной цели; соблюдение правил техники безопасности при проведении круговой тренировки; рациональность использования музыкального сопровождения.

В 2017 году участие в конкурсе приняли 8 человек, из них: с ПОДА – 4 человека, нарушением зрения – 2 человека, соматическим заболеванием – 2 человека. В 2018 году количество нозологий было увеличено до 5. Так, с ПОДА – 5 человек, нарушением зрения – 1 человека, соматическим заболеванием – 2 человека, нарушением слуха – 1 человек, психические расстройства – 1 человек.

Участники «Абилимпикс» проявили интерес ко многим профессиональным компетенциям, но наибольший интерес конкурсантов (5%) вызвала компетенция «массажист», «адаптивная физическая культура». Прочие компетенции вызвали у участников меньший интерес.

### Библиографический список

1. Концепция «Развитие системы конкурсов профессионального мастерства для обучающихся и молодых специалистов с инвалидностью «Абилимпикс».

2. Регламент организации и проведения второго Национального чемпионата конкурсов профессионального мастерства для людей с инвалидностью «Абилимпикс»

3. Савостьянова Е. «Абилимпикс» — олимпиада возможностей для инвалидов // Эл. журнал Новый бизнес URL: <http://www.nbforum.ru/interesting/reportages/abolimpics-olimpiada-vozmozhnostei.html> (дата обращения: 21.07.2017)

# ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

796.011.1

**Алманиязова Ш.А.**, дене тәрбиесі пәні мұғалімі  
Шұбарқұдық гимназиясы  
Темір ауданы, Ақтөбе облысы, Қазақстан Республикасы

## ОҚУШЫЛАРДЫҢ ДЕНЕ БЕЛСЕНДІЛІГІН АРТТЫРУДАҒЫ ЫНТАЛАНДЫРУ МЕН УӘЖДЕУДІҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ

***Аңдатпа.** Оқушылардың дене белсенділігін арттыру салауатты Қазақстан ұрпағына қойылатын басты талаптарының бірі. Әр баланың бойындағы дене бітімінің сымбатты болуын қамтамасыз ету, өмірге құштарлық пен бейімділікті бірте-бірте үйлесімділікпен оята білу – жаһандану заманындағы білім берушінің негізгі міндеті. Ол құштарлық пен бейімділік, өмір резерві бала бойында дайын күйінде тұрған жоқ. Бала бойында рухани құндылықтарды нығайту үшін балаға сенімділікті, өзін бағалауды үйрету қажет. Осы ұстанымдарды негіздеп жасөспірімдерді салауатты өмірге тәрбиелеу барысында мұғалімнің сабақ барысында белсенді әдіс-тәсілдерді ұтымды пайдалануда ынталандыру мен уәждеу, мадақтау үлкен орын алады.*

***Кілт сөздер:** функционалдық сауаттылық, құндылықтар, салауатты өмір, ынталандыру, уәждеу, саралау, жекешелендіру.*

## ВАЖНОСТЬ МОТИВАЦИИ И СТИМУЛИРОВАНИЯ ПОВЫШЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ УЧАЩИХСЯ

***Аннотация.** Одно из главных требований к здоровому поколению Казахстана - развитие физической активности учащихся. Основная задача преподавателя в эпоху глобализации - обеспечение предпосылок для физической статности тела, постепенного гармоничного пробуждения жизнеспособности и приспособляемости. Эта жизнеспособность, приспособляемость, жизненный резерв в ребенке не присутствуют в готовом виде. Для укоренения духовных ценностей в детях, необходимо научить ребенка верить в собственные силы и уметь их оценивать. В рамках этих установок в активных методах и приемах обучения и воспитания подрастающего поколения в духе здорового образа жизни огромное значение имеет рациональное использование стимулирования, мотивации и поощрений.*

***Ключевые слова:** функциональная грамотность, ценности, здоровый образ жизни, мотивация, дифференциация, приватизация.*

## THE IMPORTANCE OF MOTIVATING AND STIMULATING STUDENTS TO INCREASE PHYSICAL ACTIVITY

***Abstract.** One of the main requirements to Kazakhstan generation is the students physical activity. And the main task in giving education in the global world is to provide the beauty of the body and the wish to live. To strengthen the spiritual value in every child must be learnt the trustfulness and to appreciate himself. These things help the students to be behaved and to bring up in using active methods of teaching.*

***Keywords:** functional literacy, values, healthy lifestyle, motivation, differentiation, privatization.*

Еліміз тәуелсіздік тізгінін қолына алып, іргесін бекіткен сәттен-ақ Қазақстан халқының сәулетті өмір сүріп, салауатты тұрмыс кешуін қамтамасыз етуге жан-жақты

қамқорлық әрекетін жасауда. Ғасырлар бойы армандаған тәуелсіздік тізгіні жас ұрпақтарда, ал дені сау жастарды тәрбиелеу негізі мектеп қабырғасынан басталады. Осы орайда, дене шынықтыру пәнінің жеке тұлғаны тәрбиелеуде алатын орны ерекше екені бәрімізге мәлім. Ол білім алушының дене дамуына, әлеуметтік, дербес және рухани қасиеттерін қалыптастыруға ықпал етеді. Мектептің білім беру жүйесінде дене шынықтыру білім алушыларда салауатты өмір салтын қалыптастыруға бағытталған. Дене тәрбиесі адамға еңбек операцияларын орындауға көмектеседі, себебі адамды барынша нақты және нысаналы түрде алға жылжуға, алға қойылған мақсатқа сай күш жұмсауға үйретеді. Адам денсаулығын нығайту, оның ақыл-ой еңбегінің қарқынын арттыруға ықпал етеді. Дене шынықтыру адамды өз денсаулығына жауапкершілікпен қарауға үйретуге бағытталуы тиіс. Оқушылардың бойында спортқа, дене шынықтыру жаттығуларына, күнделікті гимнастикаға сүйіспеншілік тудырып, алдағы уақытта денені шынықтыру өмір бойы қажет екенін дәлелдеу мұғалімдердің міндеті болып табылады. Сондықтан қазір жаңа

бағдарлама талабына сай дене шынықтыру пәнінде критериалды бағалауды жүзеге асыру көзделіп отыр.

Критериалды бағалау кезінде оқушылардың үлгерімі алдын-ала белгіленген критерийлердің /Глейзер енгізген ұғым, 1963 жыл/ нақты жиынтығының көмегімен өлшенеді. Дене тәрбиесі сабағында оқушыларды оқуға ынталандыру мен белгілі бір іс-әрекетке уәждеу кезінде қалыптастырушы бағалау арқылы берілген тапсырмаларды орындау барысында интерпретациялау жүзеге асырылады. Қалыптастырушы бағалаудағы негізгі функциялар мынадай міндеттерді атқарады:

- Қалыптастыру – тәжірибе жүзінде құндылықтар жүйесін белгілеу, қалыптастыру және бекіту

- Ынталандыру – оқушының күтілетін нәтижеге қол жеткізу, тиімді түрде алға ілгерілеуі үшін қолайлы жағдай жасау

- Уәждеу – оқушылардың бойында оқуға және нәтижеге қол жеткізуге деген ынтасын ояту. Қалыптастырушы бағалауды жүйелі ұйымдастырудың нәтижесінде оқушылардың бойында жүйелілік пен нәтижеге талпынуды дамытып отырамыз.

Дене тәрбиесінің басқа түрлерімен салыстырғанда, қозғалмалы ойындар, жарыс элементтерінен құралған ойын түріндегі тапсырмалар өсуші ағзаның қажеттілігіне сәйкес келеді және білім алушының денелік, ақыл-ой тұрғысынан үйлесімді дамуына жан-жақты әсер етеді. Білім алушылардың ойын кезіндегі белсенділігі, құлшынысы мен шығармашылық іздепаздығы осыған дәлел. Ойын түріндегі тапсырмаларды таңдаған кезде, төмен жастағы білім алушының «ойнау» және «үйрену» түсініктеріне басқаша қарайтындығын ескерген дұрыс.

Ал оқушылардың жастары ұлғайған сайын, ойын түріндегі тапсырмалар мен ойындар біртіндеп спорттық іс-шараларға ұқсай бастайды. Тапсырмалар мен ойын түрлерін таңдау бірінші кезекте сабақтың алдына қойылған міндеттерге байланысты. Сондай-ақ, білім алушыларға берілетін қимыл-қозғалыс әрекеттерінің күрделілік деңгейі де маңызды. Күш салуды, ойлануды қажет етпейтін және өте қиын тапсырмалар білім алушылардың қызығушылықтарын төмендетеді. Тапсырманың күрделілік деңгейі оқушылардың дайындық деңгейлеріне байланысты болуы керек. Мұғалім білім алушылардың қандай әрекеттерді орындай алатындарын және нені орындай алмайтындарын анық білуі керек.

Мәселен, егер оқушыларға эстафетаны беру әдістері үйретілмеген болса, оларға эстафеталық таяқшаны «дәлізде» беру секілді тапсырмаларды берудің қажеті жоқ. Сонымен қатар, егер оқушылар акробатика элементтерін әлі үйренбеген болса, оларға эстафетаны аунау және домалау арқылы беру түріндегі тапсырмаларды беруге болмайды. Сабақ кезінде өткізілетін ойынды таңдау оқушылар саны, сабақ өткізілетін орын (спорт залы, спорт алаңқайы) және мұғалімнің қандай құрал-жабдықтар қолданатынына байланысты. Дене шынықтыру сабақтарында шешілетін міндеттердің әртүрлі болуы да

қолданылатын оқу материалының сипатына әсер етеді. Қозғалмалы ойын кезінде бойға сіңірілген дағдылар мен біліктіліктер жақсы болу үшін, сол ойындар мен ойын түріндегі тапсырмаларды жүйелі түрде қайталап отыру маңызды. Себебі, әр ойнаған сайын белгілі бір қимылдарды орындау арқылы, оның тиімді жолдары табылады. Қуып жете алмаған, тартып ала алмаған, тұтқын немесе жетекші ролінде болып көрмеген оқушының келесі сабақта сол іс-қимылдарды орындауына мүмкіндігі болады. Қозғалмалы ойындар және сынып жоғарылаған сайын өткізілетін командалық спорт ойындары – дағдыларды, адамгершілік-жігер қасиеттерін, ойын кезіндегі әділ бәсекелестікті шыңдайтын ең тиімді құрал. Ойын түріндегі тапсырмаларды, қозғалмалы немесе спорт ойындарының түрлерін таңдаған кезде, оқушылардың әлеуеттерінің тең болу керек екендігін ескерген дұрыс, сонда ойын қызықты өтеді.

Бұның барлығы оқушы білімінің сапасына қазіргі заман сабағына қойылатын маңызды талаптардың бірі–оқушының денсаулық жағдайын, дене бітімінің дамуын, қимыл-қозғалысқа дайындығын, психикалық даму ерекшеліктерін есепке ала отырып, саралау және жекешелендіру тәсілін қолданудың маңызы зор.

Саралау және жекешелендіру тәсілі дене шынықтыру саласында жоғары нәтижелері бар балалармен қоса, бұл саладағы нәтижелері төмен балалар үшін де маңызды. Әдетте қимыл-қозғалыс қабілетінің нашар дамуы оқушының бұл сабақта үлгерімінің төмен болуының басты себебі болып жатады. Ал орташа оқушыға есептелген сабақта деңгейі жоғары оқушыға қызықсыз болады. Оның үстіне, дене шынықтыру сабағында балалар негізгі, дайындық және арнайы топ деп бөлінеді.

Сондықтан, тапсырмаларды да, сабақ мазмұнын да, оқу материалын игеру қарқынын да, нәтижелерді бағалауды да саралау қажет. Дене шынықтыру сабағында оқытуды тиімді түрде саралай білу әркімге білім бере отырып, оларды лайықты әрі шабыттандырушы түрде жұмылдыруға жол ашады. Оқушыларының ішкі уәжін арттыру үшін бірқатар педагогикалық оқыту тәсілдерін қолдануға болады.

Мысалы: оқушылардың қызығушылығын туғызып, олардың қажеттіліктері мен ұмтылысына сай келетін тапсырма орындауды қамтитын жаттығуларды әзірлеу және жетілдіру. Бұл оқушылардың белсенді топты тануына мүмкіндік береді. Олардың сынып қабырғасынан тыс дене шынықтыру жаттығуларымен айналысу тәжірибесі қандай? Олардың білетіні және қолынан келетіні мен істегісі келетінінің арасында қалай байланыс орнатуға болады? Мұны оқытуға қалай тиімді кіріктіре алуға болады? Сондай-ақ, мұғалім оқушылар өздері баратын секцияда үйренген дағдыларын көрсетуді өтіне алады. Табысқа жетуге арналған органы қалыптастырыңыз. Барлық оқушылардың сіздің қажет болған жағдайда өзгерту енгізіңіз. Сондай-ақ оқушылардың оқу мақсатын түсінетіндігіне, олардың сабақтан шыққан кезде өздерінің спортта қандай да бір жетістікке қарай ілгерілегенін сезінетініне көз жеткізіңіз. Сабақта белсенді оқыту тәсілдері қолданылуы үшін сабақтың мазмұнын өзгерту қажет. Оқушыларды оқыту мен оқудың жаңа әдістерімен қызықтырыңыз.

Бұл мұғалімдер мен оқушылардың арасын байланыстырады, сонымен қатар, жақсы кері байланыс үшін жағдай жасап, оқытуға қолайлы мүмкіндіктер туғызады. Оқушылар сізді спортшы ретінде қабылдауы үшін, әрдайым модельдер құрыңыз көрсетілімдер жасаңыз. Ынтымақтастық ортасындағы топтық жұмысқа ынталандыру керек. Балалар спортты қазірдің өзінде жақсы көреді, сіздің міндетіңіз–олардың спортқа деген сүйіспеншілігін арттыра түсу. Оқушыларды ынталандыруға арналған осы ұсынылған тәсілдер тізімінде қандай да бір мадақтау немесе жазалау ескерілмегеніне мән беріңіз. Олар – жалпы қолданылатын техникалар әдетте, «сыртқы» уәж немесе «оқу керек» деген талаппен байланыстырылады. Оқушыларды мұндай жолмен уәждеу стратегияларын пайдалануға сақтықпен қараған жөн, себебі олар ішкі уәжді төмендетуі мүмкін.

Атап айтқанда, оқушыларда төмендегідей сезім тудыруы мүмкін марапаттардан (әсіресе мақтаудан), жаза немесе кері байланыстан аулақ болған дұрыс:

- тапсырманы орындауға өзін қабілетсіз сезіну;

- тапсырманы аяғына дейін орындаудың қажеті жоқ деп сезіну;
- тапсырманы орындау үшін аз ғана әрекет етіп, шектеулі күш-жігер жұмсаса жеткілікті деп сезіну;
- өзіне аз тапсырма берілді деп сезіну.

Бастапқы ішкі уәж төмен болған жағдайда сыртқы марапат пайдалы болуы мүмкін. Шын мәнінде, мұғалім оқушылардан жоғары нәтиже күтіп, олардың өз күшіне деген сенімін нығайту үшін мадақтауды пайдаланғаны дұрыс. Оқушының жұмысына құрметпен қарай отырып, оның ішкі уәжін арттыруға ықпал етуге тырысыңыз (мысалы, оның жеке қызығушылығы, тақырыпқа қызығушылығы, жеке мақсаттарға ұмтылуы және т.б.).

Оқушының дене шынықтыру пәніне қызығушылығының болмауы, негізінен, мұғалімнің оның уәжін оята алмауының салдарынан болады. Мұғалім қызметінің аса маңызды қыры – оқушылардың уәжін анықтауға көмектесетін көптеген факторларды түсіну.

Сонымен, жаңарту бағдарламасындағы дене шынықтыру пәнін оқытудың орны ерекше. Онда оқушылардың пәнге деген қызығушылығын арттырып, білім сапасын көтеруге барлық мүмкіндіктер қарастырылған. Жаңарту бағдарламасы нәтижесінде оқушылардың белсенділігі артып, спортқа деген бейімділігі қалыптасады. Оқушылардың танымдық қабілеттерін артырып, салауатты өмір сүру, адам денсаулығы осы спортқа байланысты екендігін түсінеді. Нәтижесінде оқушылардың білім сапасы артып, оқу тоқсандарында жоғары сапаға қол жеткізуге болады.

Осы орайда айта кететін жәйт, 2016-2017 оқу жылынан бастап жаңартылған білім мазмұны бойынша қалыптастырушы бағалауды дене тәрбиесі сабақтарында енгізе бастадық. Әр істің басы қиындыққа тірелетіні рас. Басында балалар әбден жаттыққанша біраз тер төгілді. Кейін олар да жүйелі жүргізілген жұмыстың нәтижесінде қалыптастырушы бағалау тапсырмаларын орындауға дағдыланды.

Дене тәрбиесі сабағында оқушының құзыреттілігін арттыру үшін білім сапасын көтеру талап етіледі. Жаңартылған білім берудің маңыздылығы оқушы тұлғасының үйлесімді, қолайлы білім беру ортасын құра отырып, сын тұрғысынан ойлау, коммуникативті қарым-қатынасқа түсу, жеке, жұппен, топта жұмыс жасай білу, функционалдық сауаттылықты, шығармашылықты қолдана білуді және оны тиімді жүзеге асыруды көздейді.

Қорыта айтқанда, дене шынықтыру сабағында алдымен жеке тұлғаның әлеуметтік құзыреттілігін дамытуға баса назар аударылады. Бұл оқушының өзін-өзі басқарудағы әлеуетін артып, салауатты өмір салтын ұстануына өзіндік септігін тигізеді деген сөз.

### **Библиографиялық тізім**

1. ҚР білім және ғылым министрлігінің жалпы орта білім беретін мектептердің оқу процесіндегі ерекшеліктері әдістемелік нұсқау хаты. 2019 жыл.
2. Дене мәдениеті-оқушыларды оқыту мен тәрбиелеу жүйесінде // Изденіс-Поиск. - 2009, №2 (2). - Б.262-264
3. Мектепте дене шынықтыру. Республикалық оқу-әдістемелік журнал. №1-3 2011.

УДК 612.018.2:612.11

**Даутова А.З.**, кандидат биологических наук  
 Башкирский институт физической культуры (филиал) УралГУФК  
 г.Уфа, Российская Федерация  
 dautova.az@mail.ru  
**Садыкова Л.З.**, студентка 5 курса

Башкирский государственный медицинский университет, Минздрава России  
г.Уфа, Российская Федерация  
iiliya-sz@mail.ru

**Шамратова В.Г.**, доктор биологических наук, профессор  
Башкирский государственный медицинский университет, Минздрава России  
г.Уфа, Российская Федерация  
shamratovav@mail.ru

## **ОЦЕНКА ГОРМОНАЛЬНЫХ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТУДЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ**

***Аннотация.** В статье представлены результаты исследования показателей гормонов и периферической крови у спортсменов и лиц, не занимающихся профессионально спортом в зависимости от уровня их толерантности к физическим нагрузкам. Выявлена зависимость гормонального статуса не только от уровня физической активности, но и выносливости организма.*

***Ключевые слова:** гормоны, периферическая кровь, спортсмены, толерантность к нагрузкам.*

## **ESTIMATION OF HORMONAL AND HEMATOLOGICAL INDICATORS OF STUDENTS DEPENDING ON TOLERANCE TO PHYSICAL LOADS**

***Abstract.** The article presents the results of the study of indicators of hormones and peripheral blood in athletes and those not engaged in professional sports, depending on their level of exercise tolerance. The dependence of the hormonal status not only on the level of physical activity, but also the endurance of the body.*

***Keywords:** hormones, peripheral blood, athletes, exercise tolerance.*

Под влиянием физических нагрузок происходит ряд различных изменений, касающихся гормональных, биохимических, морфологических показателей, включение дополнительных процессов, обеспечивающих адаптацию организма и рациональное использование ресурсов. Как качественные, так и количественные характеристики красной крови напрямую зависят от уровня двигательной активности и наследственного фактора [2], и могут существенно меняться при профессиональном занятии спортом. Тироксин (т4) - один из тиреоидных гормонов щитовидной железы, основными его функциями является участие в основном обмене веществ, обеспечение усиленной теплопродукции и потребление кислорода большинством тканей организма. Многие источники утверждают, что концентрация тиреоидных гормонов в крови под влиянием систематических физических нагрузок понижается, что позволяет организму более экономно использовать ресурсы в состоянии покоя [5]. Несмотря на многочисленные исследования, данные о гормональном статусе у спортсменов в состоянии покоя противоречивы [4]. Работ, изучающих комплекс гематологических и гормональных показателей в зависимости от толерантности к физическим нагрузкам у спортсменов нами не обнаружено.

**Цель работы:** изучить показатели красной крови, тиреоидного гормона (свободного тирокина), ТТГ и кортизола у юношей, не занимающихся профессионально спортом, и спортсменов в зависимости от уровня физической выносливости.

### **Материалы и методы исследования**

В исследовании приняло участие 56 лиц мужского пола в возрасте  $19,7 \pm 0,18$ . Все юноши прошли ежегодный медицинский осмотр, по результатам которого патологий выявлено не было. Были осведомлены о целях и задачах исследования, подписали

добровольное согласие в участии, протокол эксперимента одобрен Локальным Этическим Комитетом ИБГ Уфимского научного центра РАН (заключение от 25.04.2016 г.).

По условиям эксперимента все испытуемые были разделены на 2 группы. В первую контрольную группу вошли юноши, не занимающиеся спортом (n=38). Во вторую – спортсмены (n=18), занимающиеся тяжелой атлетикой (n=10) и кикбоксингом (n=8). Все испытуемые имели I взрослый спортивный разряд по тяжелой атлетике. Кровь из вены забиралась в утреннее время натощак. Концентрацию кортизола (нмоль/л), тиреотропного гормона ТТГ (мкМЕ/мл) и свободного тироксина Т4 (нмоль/л) определяли с помощью иммуноферментного анализатора ChemWell (Австрия).

В капиллярной крови на анализаторе «ADVIA 60» производства «BAYER» (Германия) определяли содержание гемоглобина (Hb), эритроцитов (RBC), их средний объем (MCV), среднее содержание Hb в отдельном эритроците (MCH), среднюю концентрацию Hb в эритроците (MCHC), гематокрит (Ht).

Определение физической выносливости осуществляли путем расчета кардиореспираторного индекса в модификации Н. Н. Самко (КРИС). КРИС определялся в адинамической (КРИС<sub>ад.</sub>, усл.ед.) и в динамической фазах (КРИС<sub>дин.</sub>, усл.ед.) – после выполнения 5-ти минутной дозированной нагрузки, выполняемой на велотренажере, нагрузка составляла 20 н/м, скорость педалирования – 40 об/мин. Толерантность к физическим нагрузкам оценивали по снижению величины кардиореспираторного индекса после выполнения дозированной физической нагрузки (КРИС<sub>тол.</sub>, %). По значениям толерантности выборку делили на 2 группы: КРИС<sub>тол.</sub> 0-15% расценивали как высокий уровень физической выносливости, КРИС<sub>тол.</sub> >15% – низкий.

Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 10 (StatSoft, США). Для оценки достоверности различий переменных использовали критерий U Манна–Уитни, для изучения связей между количественными показателями определяли ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Количественные данные представлены в виде медианы значений (Me) и интерквартильного размаха с описанием значений 25 и 75 перцентилей: Me (25 %; 75 %). Достоверность результата оценивалась при p<0,05.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Распределение юношей по степени толерантности к физическим нагрузкам продемонстрировало, что нетренированных лиц с низкой выносливостью более чем в 2 раза больше, чем с высокой, среди спортсменов наблюдалась обратная картина. Сравнительный анализ параметров красной крови у физически малоактивных юношей при разном уровне их физической выносливости не выявил статистически достоверных различий, также не изменялась в зависимости от толерантности к нагрузкам концентрация изученных гормонов (табл. 1).

**Таблица 1**

**Показатели красной крови и концентрации гормонов у юношей с разным КРИС% в группе контроля и спортсменов, Me (25%; 75%)**

Показатели	Контроль		Спортсмены	
	КРИС <sub>тол.</sub> 0-15% (n=12)	КРИС <sub>тол.</sub> >15% (n=26)	КРИС <sub>тол.</sub> 0-15% (n=12)	КРИС <sub>тол.</sub> >15% (n=6)
HGB, g/l	149 (140;153)	145 (139;157)	149 (147;151)	145 (134;154)
RBC, 10*12/l	4,9 (4,6;5,2)	4,8 (4,5;5,0)	5,05 (4,8;5,1)	5,1 (5,05;5,8)
HTC, %	42 (36;45)	41 (38;43)	44 (43;44)	43 (42;45)
	87,3	85,4	<b>87,3*</b>	<b>84,8*</b>



MCV, fl	(84,8; 89,3)	(84,6; 87,9)	<b>(87,2;89,4)</b>	<b>(72,3; 87,2)</b>
MCH, pg	30,9 (28,4; 31,3)	30,1 (28,7; 32,3)	29,9 (28,9;30,6)	28,7 (23,0; 30,0)
MCHC, g/l	351 (338; 358)	<b>354<sup>1</sup></b> <b>(336; 369)</b>	343 (332; 346)	<b>338<sup>1</sup></b> <b>(319; 344)</b>
Концентрация ТТГ, (мкМЕ/мл)	1,2 (0,8; 1,7)	1,4 (0,9; 2,5)	<b>1,3*</b> <b>(0,9; 1,4)</b>	<b>1,0*</b> <b>(0,9; 1,05)</b>
Концентрация Т4 свободного (нмоль/л)	16,7 (15,6; 18,1)	<b>17,9<sup>1</sup></b> <b>(14,9; 18,9)</b>	<b>15,5*</b> <b>(12,3;15,7)</b>	<b>11,8*<sup>1</sup></b> <b>(11,3; 12,3)</b>

Примечание: \* - значимые различия у спортсменов между группами КРИС<sub>тол.</sub>0-15% и КРИС<sub>тол.</sub>>15%, p<0,05; <sup>1</sup> - значимые различия между группами контроля и спортсменов с КРИС<sub>тол.</sub>>15%, p<0,05.

При аналогичном сравнении у спортсменов были обнаружены внутригрупповые различия, как параметров красной крови, так и концентрации гормонов. Так, средний объем эритроцитов (MCV) у спортсменов с высокой выносливостью оказался значимо выше, чем во второй группе обследованных (p=0,02). Более крупные размеры эритроцитов обеспечивают повышенную дыхательную поверхность красной крови, что позитивно сказывается на способности организма переносить физические нагрузки. Гормональный статус спортсменов также продемонстрировал внутригрупповые различия в зависимости от уровня физической выносливости: концентрация Т4 и ТТГ в крови у юношей с низкими значениями КРИС<sub>тол.</sub> (0-15%) была достоверно выше по отношению к группе лиц с КРИС<sub>тол.</sub>>15% (p=0,005 и p=0,04, соответственно).

При анализе межгрупповых различий у нетренированных юношей с низкой толерантностью выявлен более высокий уровень средней концентрации гемоглобина в клетке (MCHC), чем у спортсменов, имеющих КРИС<sub>тол.</sub>>15% (p=0,02). Кроме того, при КРИС<sub>тол.</sub>>15% обнаружены достоверно значимые различия концентрации Т4 между юношами в группах контроля и спортсменов. При этом уровень свободного Т4 у спортсменов ниже, чем в контрольной группе (достоверно при высоких значениях КРИС<sub>тол.</sub>, p=0,001), что можно объяснить снижением активности щитовидной железы при регулярных физических нагрузках или может являться следствием истощения компенсаторных механизмов при длительных систематических тренировках. По данным Кублова А. А. и Кичигина В. А., (2004) снижение уровня Т4 может указывать на преобладание процессов поглощения тканями тиреоидных гормонов над их выбросом из щитовидной железы. Целесообразность усиленного поглощения тиреоидных гормонов тканями объясняется высокой потребностью в них тканей в связи с усиленным тренировочным процессом [3].

Кроме того, снижение уровня тироксина в крови может быть вызвано влиянием повышенных концентраций кортикостероидов у лиц, занимающихся силовыми видами спорта [6]. Это предположение подтверждают результаты оценки уровня кортизола в крови испытуемых. На рис. 1 представлены концентрации гормона в крови у физически малоактивных и тренированных юношей с разной степенью толерантности к физическим нагрузкам (рис.1).

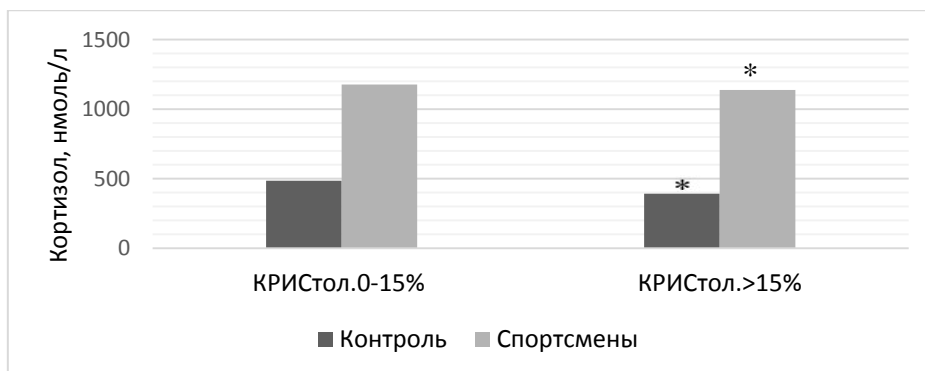


Рис.1. Концентрация кортизола в крови физически малоактивных и тренированных юношей с разной степенью толерантности к физическим нагрузкам

Примечание: \* - статистически значимое различие между группой контроля и спортсменов с низкой толерантностью к физическим нагрузкам,  $p < 0,001$ .

Сравнение показателя между контролем и спортсменами с низким уровнем выносливости ( $\text{КРИС}_{\text{тол.}} > 15\%$ ) выявило повышенное содержание кортизола (1138 нмоль/л) по отношению к контролю и норме (101,2-535,7 нмоль/л). Следует отметить, что у спортсменов с высокой толерантностью к физическим нагрузкам содержание кортизола также было выше физиологической нормы (1177 нмоль/л).

Предположение о зависимости уровня тироксина с концентраций кортикостероидов подтверждается обнаруженной отрицательной корреляционной связью между уровнем кортизола с Т4 ( $r = -0,5$ ,  $p = 0,003$ ) и с ТТГ ( $r = -0,7$ ,  $p = 0,0001$ ), что означает понижение т4 и ТТГ при повышении кортизола.

Кортизол, как известно, выполняет мобилизационную функцию, направленную на использование энергетических ресурсов для работающих мышц при интенсивной работе. Высокие спортивные нагрузки повышают интенсивность стероидогенеза в коре надпочечников, усиливают адренокортикальную активность и повышают уровень кортикостероидов в крови. По мере повышения нагрузок во время тренировочного цикла содержание кортизола в крови увеличивается [1].

Таким образом, концентрация кортизола повышается под действием физических нагрузок. Очевидно, повышение уровня кортизола у спортсменов способствует адаптации организма к высоким физическим и психологическим нагрузкам. Вместе с тем, с высоким уровнем кортизола может быть связана повышенная утомляемость спортсменов.

По результатам корреляционного анализа установлено, что у нетренированных юношей величина снижения кардиореспираторного индекса после выполнения дозированной физической нагрузки не имеет значимых связей с изученными параметрами крови, в то время как у спортсменов  $\text{КРИС}_{\text{тол.}}$  отрицательно коррелирует с величинами МСН ( $r = -0,6$ ;  $p = 0,01$ ) и МСНС ( $r = -0,6$ ;  $p = 0,01$ ), Т4 ( $r = -0,7$ ;  $p = 0,002$ ) и с ТТГ ( $r = -0,57$ ;  $p = 0,04$ ). Из анализа реально наблюдаемых данных и корреляций следует, что у лиц, профессионально занимающихся спортом, в состоянии покоя более высокий уровень в крови тиреоидных гормонов (повышение Т4 и ТТГ в крови), а также повышенная степень насыщения эритроцитов гемоглобином (повышение МСН и МСНС) способствует возрастанию толерантности организма к физической нагрузке. Повышение Т4 и ТТГ в крови спортсменов может быть связано с необходимостью поддержания определенного количества гормонов в крови для быстрого включения процессов восстановления организма, реализующихся интенсивным обменом веществ, в которой тиреоидные гормоны играют важную роль. У физически малоактивных юношей гормональный статус и качественные характеристики клеток красной крови существенно не влияют на их выносливость.

**Заключение.** Таким образом, проведенное исследование, подтвердило факт того, что чрезмерные физические и психоэмоциональные нагрузки, которым подвергается

организм, по-разному переносится спортсменами, и в зависимости от способности адаптироваться его функциональных систем к данным нагрузкам происходит либо активация гормональной регуляции, сопровождающаяся изменением гормонального статуса, либо наблюдается дисбаланс в деятельности регуляторных механизмов. Так юноши-спортсмены с высокой толерантностью к физическим нагрузкам, характеризуются адекватной гуморальной регуляцией организма, проявляющаяся в повышении т4 и кортизола в пределах физиологической нормы и направленная на усиление функции различных систем организма, тогда как юноши с низкой выносливостью характеризуются гормональными сдвигами, свидетельствующими о нарушениях в функции гормональной регуляции.

### Библиографический список

1. Афанасьева И.А. Уровень кортизола и фагоцитарная активность лейкоцитов у спортсменов при высоких физических нагрузках // Физиология человека. 2007. Т.32. №3. С. 136-138.
2. Даутова А.З. Функционирование кислородтранспортной системы в зависимости от полиморфизмов генов у юношей с разным уровнем двигательной активности: Автореф. дис. ... канд. биолог. наук: 03.03.01; Майкоп, 2018. 26 с.
3. Кублов А. А., Кичигин В. А., Мадянов И. В. Особенности тиреоидного метаболизма у спортсменов // Физическое воспитание студентов. 2005. №4. С. 120-125.
4. Мегерян С. Д., Масленникова О.М. Состояние эндокринной системы у юношей, занимающихся спортом // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. Т. 10. №. 4. С. 902-904.
5. Некрасов А. Н., Костина Л. В., Дуров Н. С. и др. Взаимосвязи параметров энергетического метаболизма скелетных мышц, форменных элементов крови и гормонального статуса при высоком уровне двигательной активности // Вестник спортивной науки. 2003. №2. С. 34-39.
6. Moore A.W., Timmerman S., Brownlee K.K., Rubin D.A., Hackney A.C. Strenuous, fatiguing exercise: relationship of cortisol to circulating thyroid hormones // Int. J. Endocrinol. Metab. 2005. Vol. 3. № 1. P. 18–24.

УДК 376.25.9

**Жумадилханов А.А.**, кандидат педагогических наук, доцент,  
Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан  
**Имангаликова И.Б.**, старший преподаватель,  
Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан  
**Анес Д.А.**, преподаватель  
Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан  
**Оразов Д.О.**, старший преподаватель,  
Евразийский национальный университет им.Л.Н.Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан

## МЕТОДИКА РАЗВИТИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПОСРЕДСТВОМ ФУТБОЛА

**Аннотация.** Рассмотрим понятийное содержание данного термина, ряд авторов, обсуждающих проблему задатков, рассматривают их как анатомо-физиологическое понятие. Существует такой подход, когда анализируется «задаток как анатомо-физиологический факт». Включаясь в комплекс педагогических воздействий, направленных на совершенствование физической природы подрастающего поколения, воспитание физических качеств способствует развитию физической и умственной работоспособности, более полной реализации творческих сил человека в интересах общества.

**Ключевые слова:** футбол, скоростной и скоростно-силовой направленности.

## METHODS OF DEVELOPMENT OF MOTOR ABILITIES THROUGH FOOTBALL

**Abstract.** Consider the conceptual content of this term, a number of authors discussing the problem of inclinations, consider them as an anatomical and physiological concept. There is such an approach when analyzing "the deposit as an anatomical and physiological fact." Being included in the complex of pedagogical influences aimed at improving the physical nature of the younger generation, the upbringing of physical qualities contributes to the development of physical and mental performance, more complete realization of the human creative forces in the public interest

**Key words:** football, speed and speed-power orientation.

В практике футбола используется повторный и интервально-серийный методы тренировки. Для повышения уровня двигательных способностей школьников мы воспользовались данным методом.

Изучение научно-методической литературы по данному вопросу и наблюдение за тренировочной деятельностью футболистов установлены следующие минимальные и максимальные количественные значения компонентов нагрузки скоростной и скоростно-силовой направленности:

- интенсивность однократного выполнения тренировочного задания близка к максимальной, однако из-за кратковременности работы ЧСС не превышает 150 уд./мин.;

- продолжительность однократного выполнения упражнения составляет 5-10 сек., так как мощность анаэробного алактатного процесса достигается уже в первые секунды работы, когда еще ни гликолиз, ни дыхание не успевают сколько-нибудь увеличивать свою мощность;

- максимальное количество повторений в серии не должно превышать десяти, а минимальное - двух. Количество повторений между сериями 6 минут.

- время отдыха между повторениями составляет 80-100 секунд, а общее время при повторном методе тренировки не превышает 20 минут. Выполняя нагрузку интервально-серийным методом, это время достигает от 25 до 75 минут. Исходя из выше перечисленного, предпринята попытка построения модели занятия по физической культуре с применением мини-футбола по совершенствованию двигательных способностей школьников возрасте 10-13 лет в объеме учебной нагрузке предусмотренных программ в средних учебных заведениях.

Педагогические наблюдения проводились в трёх группах из разных школ г. Нур-Султан (в период прохождения студентами производственных практик 2017-18, 2018-19 учебные годы), в каждой из которых было по 15 человек, общее количество участников составило 45 человек. После прохождения школьниками рубежных испытаний по нормативам 30 метров, челночный бег 10x3, прыжка в длину с места и броска набивного

мяча двумя руками из-за головы, после чего были сформированы одна контрольная и две экспериментальные группы в которых применяли элементы футбола и двухсторонние игры футбола. Анализ показателей физических и двигательных качеств и педагогических наблюдений, остановил наш выбор на соревновательном и повторном методах, по совершенствованию двигательных способностей школьников возрасте 10-13 лет, с применением футбола на занятиях по физической культуре в объеме учебной нагрузки. Нами была разработана программа на годичный цикл и мезоциклы, включающие в себя «этапы накопления потенциала и его реализация», соответствующей всем задачам по совершенствованию двигательных способностей. Время одного академического занятия распределялось следующим образом - подготовительная часть от 5 до 10 минут (упражнения футбольной направленности), основная часть от 30-35 минут (двухсторонние игры) и заключительная часть 5 минут. В подготовительной части занятия применялись как традиционные обще развивающие упражнения, так и специально разработанные комплексы физических упражнений, способствующие совершенствованию двигательных способностей [1].

Внимание уделялось основной части занятия и применению в нем технико-тактических построений футбола. Соревновательный метод содержит в себе главный фактор игры - победу. Для этого на занятиях по физической культуре не всегда достаточно обычной борьбы двух соперничающих команд. В связи с этим, опыт педагогических наблюдений определил мотив победы в игре и включил упражнение отжимание. Проигравшая команда на занятиях по физической культуре должна была выполнить отжимание по установленным учителем и с согласия участников количество раз (в пределах норматива от 5 до 10 раз). Учитывая, что занятия по физической культуре запланировано 2 раза в неделю согласно расписанию утвержденного учебным планом, то данную методику по нашему мнению необходимо проводить в рамках кубковых соревнований (в данном случае) среди трех групп один раз в неделю в течение месяца с последующим подсчетом побед и поражений. Малые соревнования по мини-футболу, на занятиях по физической культуре среди школьников, мы рекомендуем проводить в следующих временных режимах: 1 неделя - 10 минут по два тайма с перерывом 2-3 минуты, 2 неделя - 15 минут по два тайма с перерывом 3-4 минуты, 3 неделя - 20 минут по два тайма с перерывом 4-5 минут, 4-неделя - 25 минут по два тайма с перерывом 5 минут [2].

Средства физической подготовки, к которому можно отнести упражнения различной направленности, являются основным компонентом учебного процесса. В процессе оценки степени воздействия того или иного упражнения на организм школьников нами рассматривалась частота сердечных сокращений в активной фазе нагрузки и в паузах отдыха. По отношению величины пульса за время выполнения упражнения к величине пульса относительного покоя за тоже время, определяется коэффициент нагрузки (КВН):

$$КВН = \frac{S \text{ ЧСС работы}}{S \text{ ЧСС покоя}}, \text{ где}$$

ЧСС работы – сумма частоты сердечных сокращений за время работы

ЧСС покоя - сумма частоты сердечных сокращений в покое за то же время

При определении ЧСС покоя исходили из данных ЧСС у школьников в состоянии относительного покоя, которая в среднем составляет 60 уд./минуту. Разработана следующая градация КВН для совершенствования двигательных способностей школьников возрасте 10-13 лет, на занятиях по физической культуре: КВН –2,2 и ниже – нагрузка малой величины; КВН – 2,3 –2,5 – нагрузка средней величины; КВН – 2,6 и

выше – большая величина нагрузки. Тем самым имеется возможность контролировать физические нагрузки в течении всего учебно-тренировочного цикла.

В психологической литературе традиционными являются представления о том, что в основе развития способностей, в том числе и двигательных (моторных), лежат биологически закреплённые предпосылки развития — задатки. Считают, что задатки, существенно влияя на процесс формирования способностей и содействуя успешному их развитию, вместе с тем не предопределяют одарённость человека к той или иной деятельности. Методика воспитания двигательных способностей учащихся, как показывает практика, результат сложного взаимодействия правильно подобранных средств и методов, а также дозировка с учетом временных особенностей применения физических упражнений и возможностей школьников. Применительно к спортивной деятельности в качестве факторов среды выступают процессы направленного воспитания, обучения и тренировки. Задатки многозначны (многофункциональны), т.е. на основе одних и тех же предпосылок могут развиваться различные свойства организма, возникнуть неодинаковые совокупности признаков, разные формы их взаимодействия [4].

Рассмотрим понятийное содержание данного термина. Ряд авторов, обсуждающих проблему задатков, рассматривают их как анатомио-физиологическое понятие. Существует такой подход, когда анализируется «задаток как анатомио-физиологический факт». Подобный «дисциплинарный» подход научно несостоятелен. Возникает вопрос: почему структура задатков, их свойства, механизм их влияния рассматриваются с позиции только двух биологических дисциплин, а именно анатомии и физиологии? Если уж руководствоваться «дисциплинарным» принципом, то число биологических дисциплин, «участвующих» в формировании задатков, может быть значительно расширено: биохимия, эмбриология, генетика и т.д.

Задатки также связывают с прирождёнными особенностями «нервно-мозгового аппарата», свойствами органов чувств.

Существует толкование задатков, с позиции генетики. Так, утверждается, что «генотип — это совокупность наследственных задатков (статическое образование)». Подобное расширительное толкование задатков также можно считать неоправданным. Под генотипом подразумевают всю совокупность генов данной особи, а не только тот парциальный комплекс наследственных структур, который лежит в основе развития той или иной способности.

Таким образом, в существующей литературе нет достаточно аргументированного понятия такой важной биологической предпосылки развития способностей, как задаток. Однако при рассмотрении данной проблемы целесообразно учитывать следующие аспекты:

1. Задаток надо рассматривать как генетическое образование, которое формируется в результате образования зиготы. Какова природа и механизм образования диплоидного набора хромосом пока ещё не достаточно ясно.

2. Задаток влияет на программу развития, определяя морфологические особенности организма (особенности строения тела, композицию мышечных волокон, капилляризацию мышц, особенности строения сенсорных систем и т.д.).

3. Задаток влияет на функциональные особенности, специфику адаптаций, преимущественную склонность к совершенствованию анаэробного, аэробного, анаболического метаболизма при мышечной деятельности.

4. Задаток определяет развитие координационных возможностей, способности центрально-нервных механизмов управлять работой мышц, отдельных звеньев тела, взаимодействием функций.

5. Задаток влияет на формирование психофизиологических свойств индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности как качественной специфики личности [6].

Таким образом, в понятийном плане задаток можно охарактеризовать как биологическую структуру, возникающую по генетическим законам развития и влияющую на морфологические и функциональные особенности организма, психическое развитие человека и способствующих успешному формированию особенностей.

Задаток как генетически закреплённая предпосылка развития, очевидно, влияет не только на временную последовательности формирования функций, развитие костно-двигательного аппарата, двигательных качеств, темпы прироста функциональных возможностей, но и на величину развития признака. В генетике степень развития признака определяют как наследственную норму реакции. В спорте правильная интерпретация наследственной нормы реакции — резервных возможностей реализации задатков — приобретает особую значимость, так как развитие спортивных способностей с одной стороны, жестко лимитировано временем (лишь в определенном, относительно узком возрастном коридоре — 6-8 лет), а с другой — при учете особых сенситивных периодов развития.

В заключение надо сказать, что, являясь составной частью физического воспитания, воспитание и развитие двигательных способностей содействует решению социально обусловленных задач: всестороннему и гармоничному развитию личности, достижению высокой устойчивости организма к социально-экологическим условиям, повышению адаптивных свойств организма. Включаясь в комплекс педагогических воздействий, направленных на совершенствование физической природы подрастающего поколения, воспитание физических качеств способствует развитию физической и умственной работоспособности, более полной реализации творческих сил человека в интересах общества. Направленность и содержание воспитания физических качеств регламентируется социальными принципами физического воспитания.

### Библиографический список

- 1.Ильичев Ю.П, Формирование у подростков умения ориентироваться в условиях сложной двигательной деятельности. // Автореферат дисертация к.п.н. - М.1964. – 18 с.
- 2.Асеев Б.Г. Мотивация поведения и формирования личности. – М., Изд. Мысль, 1976. - 9 с.
- 3.Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. - Изд. Московского университета. 1990. - С. 15-18.
- 4.Пилюян Р.А. Мотивация спортивной деятельности. - / М., ФиС. 1984.- 9 с.
- 5.Вилюнас В.К. Психологические механизмы биологической мотивации. -Изд. Московского университета 1986. - 48 с.
- 6.Мартенс Р. Социальная психология и спорт. - / М., ФиС. 1979. - 77 с.
- 7.Громкова М.Т. Образование - стимул саморазвития личности.- М., Педагогика №3 1993. - 21 с.
- 8.Черникова О.А. Соперничество, риск, самообладание в спорте. - М., ФиС., 1980. - 20 с.
- 9.Темперамент и спорт. - Пермь № 2 1974. - С. 36-38.
- 10.Васютина А.И., Маркосян А.А. Развитие двигательных качеств. В сб.: Основы морфологии и физиологии организма детей и подростков. – / М., Медицина, 1969. - 95 с.
- 11.Донской Д.Д. Законы движения в спорте. - М., 1968. - С. 42-44.
- 12.Новые исследования в психологии и возрастной физиологии. – М., Педагогика №2. 1972. - 18 с.
- 13.Тюленьков С.Ю., Федоров А.А. Футбол в зале: система подготовки. - М., 2000. - С. 2-9.

**Муратова Б.А.**, кандидат филологических наук  
Казахский агротехнический университет им.С.Сейфуллина  
г. Нур-Султан, Республика Казахстан  
muratova\_bajan@mail.ru

## **ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ПЕРВОКУРСНИКОВ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ В ВУЗЕ**

***Аннотация.** В данной статье рассматривается проблема адаптации первокурсников. Одним из немаловажных этапов, которого не избежать, учась в ВУЗе, как известно, является знакомство и общение с новым коллективом. Процесс адаптации учащихся в новом для себя коллективе зависит от обстановки в группе, от ее психологического климата, от того, насколько интересно, комфортно, безопасно чувствует себя учащийся во время уроков, в ситуациях взаимодействия с товарищами и педагогами. Учебный коллектив имеет двойственную структуру: во-первых, он является объектом и результатом сознательных и целенаправленных воздействий педагогов, кураторов, которые определяют многие его особенности; во-вторых, учебный коллектив - это относительно самостоятельно развивающееся явление, которое подчиняется особым социально – психологическим закономерностям. Особенность студенческой группы первого курса заключается в том, что это ещё не сложившийся коллектив и в нем ещё нет установленных и закрепившихся правил и норм поведения. В этой группе каждый является новым человеком для каждого члена группы. Если в школе учащегося знали много лет и он уже занимал определённый статус, зачастую не объективный по отношению к нему, то при поступлении в ВУЗ у него есть возможность получить совершенно новый статус и позицию в коллективе.*

***Ключевые слова:** адаптация, психологический климат, условия, быт, структура, коллектив, товарищи.*

## **HEALTH PRESERVE HEALTH: PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN UNIVERSITY**

***Abstract.** This article deals with the problem of adaptation of first-year students. One of the important stages, which cannot be avoided, when studying at the university, as is known, is getting to know and communicating with a new team. The process of adaptation of students in a new team for themselves depends on the situation in the group, on its psychological climate, on how interesting, comfortable, and safe the student feels during lessons, in situations of interaction with colleagues and teachers. The educational team has a dual structure: first, it is the object and result of the conscious and purposeful influences of teachers, curators, who determine many of its features; secondly, an educational team is a relatively independently developing phenomenon, which is subject to special socio-psychological patterns. Osobennost' studencheskoy gruppy pervogo kursa zaklyuchayetsya v tom, chto eto yeshcho ne slozhivshiyasya kollektiv i v nem yeshcho net ustanovlennykh i zakrepivshikhsya pravil i norm povedeniya. V etoy gruppe kazhdyy yavlyayetsya novym chelovekom dlya kazhdogo chlena gruppy. Yesli v shkole uchashchegosya znali mnogo let i on uzhe zanimal opredelonnuyu status, zachastuyu ne ob'yektivnyuyu po otnosheniyu k nemu, to pri postuplenii v VUZ u nego yest' vozmozhnost' poluchit'sya sovershenno novuyu status i pozitsiyu v kollektive.*

***Keywords:** adaptation, psychological climate, conditions, life, integration, inclusion.*

В контексте целей обучения в вузе, социальная адаптация первокурсника означает способность соответствовать требованиям и нормам учебного заведения, а также способность развиваться в новой для себя среде, реализовывать свои способности и



потребности, не приходя с этой средой в противоречие. Любое обучение, особенно вузовское, является делом не из легких. Одной из важнейших предпосылок успешной учебной деятельности первокурсников является их своевременная адаптация к условиям обучения в вузе, рассматриваемая как начальный этап включения их в профессиональное сообщество. Первый курс может стать точкой опоры для студента, а может привести к различным деформациям в поведении, общении и обучении. Именно на первом курсе формируется отношение молодого человека к учебе, к будущей профессиональной деятельности, продолжается "активный поиск себя". Даже отлично окончившие среднюю школу, на первом курсе не сразу обретают уверенность в своих силах. Первая неудача порой приводит к разочарованию, утрате перспективы, отчуждению, пассивности. От успешности адаптации зачастую зависит дальнейший ход профессиональной жизни человека. Некоторые студенты, мечтавшие поступить по избранной специальности, но, провалившиеся (ненабравшие баллы) на ЕНТ, поступают на те специальности, где есть гранты (существует законодательная возможность), но опять же, встретившись с первой неудачей, они или стараются в дальнейшем перевестись, или учатся согласно правилу «так надо».

Сложность адаптации при переходе от общего к профессиональному образованию заключается не только в смене социального окружения, но и в необходимости принятия решения, возникновении тревоги по поводу правильности самоопределения, которое для многих тождественно нахождению смысла жизни. На первых курсах необходимо проводить открытые занятия по разъяснению будущей избранной профессии, т.е. «Введение в специальность».

Первые трудности для студента связаны с новыми условиями жизни, с первичной социализацией в ВУЗе. Ведь вместе с присвоением статуса студента молодые люди сталкиваются с рядом трудностей: новая система обучения, взаимоотношения с однокурсниками и преподавателями, проблемы в социально-бытовом отношении, самостоятельная жизнь в городских условиях (для иногородних студентов), недостаточное знание структур и принципов работы университета и возможностей для самореализации в творчестве, науке, спорте и общественной жизни. При этом одновременно растут противоречия и возникают трудности в становлении самооценки, самосознания и формировании образа - "Я". Некоторые студенты, не успевающие за отличниками, впадают в состояние равнодушия.

Признаками неуспешной адаптации являются снижение работоспособности, усталость, сонливость, головные боли, доминирование подавленного настроения, возрастание уровня тревожности, заторможенность или, напротив, гиперактивность, сопровождающаяся нарушениями дисциплины, систематическое невыполнение домашних заданий, пропуски занятий, отсутствие мотивации учебной деятельности. От того, как долго по времени происходит процесс адаптации, зависят текущие и предстоящие успехи студентов. Однообразный распорядок занятий иногда утомляет его, и он на занятиях не присоединяется к рабочему ритму занятия. Расписание занятий непривычно иногда для первокурсника, он не успевает «перекусить», «размяться», т.к. занятия проходят порой целый день в одних аудиториях.

В зимнее время студенты между парами не проветривают помещения, т.к. их устраивает душные аудитории, не заботясь о своем здоровье. Студенты в течение первого месяца присматриваются друг к другу, а затем присаживаются вместе за парты по каким-либо интересам. Иногда это деление происходит в зависимости от места прибытия (района), т.е. землячество. Каждый член группы принимает участие в установлении правил и норм поведения, и формировании характеристик данной группы. У всех членов нового студенческого коллектива есть возможность проявить себя с самых разных сторон, найти "свое место под солнцем", завоевать авторитет и уважение однокурсников. Существует множество различных критериев проявления личности, такие как: одежда,

поведение, поступки, стиль общения, творческие способности, профессиональные способности и т.д.

Студенты определённого факультета представляют собой группу с определёнными чертами, которые не так выражены в остальном обществе. Когда первокурсники попадают в эту группу, они, пытаясь стать полноправными членами, бессознательно перенимают у старших студентов её характерные черты. Уже в первые недели жизни студентов в вузе можно заметить, что у них появляются ранее не свойственные привычки, манера. В процессе становления студенческой группы, учащиеся пытаются выявить рождающиеся у них на глазах небольшие подгруппы: дисциплинированный и недисциплинированный студент. На первом организационном этапе учебной группы организатором её жизни и деятельности является куратор. Он помогает студентам, адаптироваться к новым для них социальным условиям, заложить основы благоприятного климата в группе, который формируется постепенно в течение всей "совместной жизни" учащихся в вузе [1, с.23]. Помимо освоения в новом коллективе, первокурснику предстоит знакомство с новыми преподавателями, а это процесс не из легких. Ведь к каждому преподавателю нужно найти свой подход, понять его стиль преподавания и отношение к студентам.

К сожалению, бытует мнение у студентов, если он присутствует в аудитории, то уже значит преподаватель должен ставить ему оценку (без СРС и т.д.), а также скачивая с Интернета материал студент стремится выполнить работу не качеством, а количеством скаченного материала и зачитав доклад ждет положительной оценки, при этом выполнив только механическую работу без умственного анализа работ. Так всегда легче, без умственных затрат. Преподаватель при этом требует от студента отойти от методики «плагиатства», настаивая на индивидуальный анализ заданного материала, что вызывает разногласия между ними. Так, к сожалению, школа не готовит выпускников к аналитическому мышлению, самостоятельности. Контакт преподавателя со студентами бывает логический, психологический и нравственный. Логический контакт - это контакт мысли преподавателя и студентов.

Психологический контакт заключается в сосредоточенности внимания студентов в восприятии и понимании ими указанного материала, а также во внутренней мыслительной и эмоциональной активности в ответ на действия преподавателя и поступающую от него информацию. Нравственный контакт обеспечивает сотрудничество преподавателя и студентов. При отсутствии этого контакта, например в условиях конфликта, познавательный процесс либо затруднен, либо вовсе невозможен. Переход вчерашних школьников от классно-урочной системы обучения к преимущественно самостоятельным занятиям нередко происходит довольно больно, а зачастую и с большими осложнениями. Не все из них справляются с преодолением этих трудностей и быстро перестраивают привычные формы учебной работы [2, с.25].

Вузовское обучение имеет ряд существенных отличий по сравнению со школьным. Более того, некоторые школьные стереотипы учебной деятельности не подходят для вузовского обучения и в некоторых случаях, являются для него препятствием, например, в школе основная работа по осмыслению новых знаний происходит на уроке под руководством учителя с использованием разнообразных методов, облегчающих процесс обучения. А домашняя работа учащихся сводилась главным образом к повторению и заучиванию материала. Школьнику, что выработал стереотип режима учебной деятельности на уроке, приходится с первых дней преодолевать его в вузе. Это приводит к тому, что большинство первокурсников слабо владеют логическими операциями по осмыслению изучаемого материала, и учебный процесс в вузе вынужден в значительной мере опираться на репродуктивное мышление первокурсников, что не дает возможности принимать оптимальные решения в нестандартных ситуациях и легко адаптироваться в условиях деятельности. Усвоение знаний у них сводится преимущественно к чтению

материала по учебнику или конспектом лекции. При этом студенты стараются не столько понять материал, сколько запомнить его.

Недостатком первокурсников является частичное или полное отсутствие логического мышления. В этой связи работа по обучению студентов технологии учебной деятельности должна содержать раскрытия закономерностей и методических приемов восприятия и осмысления изучаемого материала. Проблемой обучения студентов является использование сотовых телефонов, без которого они не представляют обучение. Всю информацию скачивают на занятиях, зазубривают и выдают как за свою работу. Даже на тестировании при строгом контроле списывают. Поэтому некоторые моменты методики преподавания приходится перестраивать под студентов нового формата. Иногда в группах без индивидуального рейтинговой уровневой оценки рядом сидит «очень слабый» студент и «сильный», что усложняет подачу материала по силлабусу. Кроме того, изложение материала во время лекции и его закрепления на практических или семинарских занятиях часто разделены длительным промежутком времени. Поэтому в вузе работа по осмыслению и усвоения теоретического материала, который преподается в лекции, должна синхронизироваться с процессом самостоятельной внеаудиторной работы и сопровождаться его глубоким осмыслением и самоконтролем. От того, насколько правильно организуется эта работа, зависит глубина и прочность знаний студентов.

Специфика вузовского обучения во многом обусловлена отсутствием систематического текущего контроля над качеством усвоения знаний. В средней школе, как известно, контроль над учебной работой и усвоением изучаемого материала осуществляется на каждом уроке. В ВУЗе же, где нет ежедневной проверки знаний, выпускники школ получают в этом отношении большую свободу действий. Происходит резкое изменение, а точнее разрушения, тех стереотипов отношений с преподавателями, которые годами складывались в средней школе. Чувствуя себя достаточно свободными от педагогического контроля, многие из первокурсников подменяют регулярную работу по усвоению знаний эпизодическими, бессистемными занятиями, что ведет к отставанию. Появляется искушение ничего не делать или делать все в последний день, не успевая. Такая система учебной работы не обеспечивает должной подготовки студентов.

Чрезвычайно важное значение для успешного обучения в вузе имеет правильная организация самостоятельной работы студентов по расширению и углубления своих знаний. Порой списывание является наиболее приемлемым способом у студентов, т.е. написано «одной рукой, одним человеком». Эта система искореняется с трудом.

Учебные занятия в вузе, в том числе лекции, имеют по отношению к процессу усвоения знаний только учредительный, ориентирующий характер. Лекция играет роль фактора, который направляет самостоятельную творческую деятельность студентов, и ее нельзя рассматривать как главный источник знаний. Студентам необходимо самим активно приобретать знания различными путями: работать с учебником, дополнительной литературой, научными первоисточниками и т.п. Однако этих навыков будущие студенты в школе не получают. Дополнительная литература, которая изучается школьниками, состоит только из небольшого количества первоисточников. Именно этим можно объяснить неумение большинства выпускников самостоятельно работать над углублением и расширением своих знаний. Безусловно, было бы неправильно считать, будто первокурсник совсем не готов к вузовскому обучению. Однако того, что он знает и что умеет, как правило, очень мало для успешного обучения в вузе. Первокурсника необходимо учить учиться - это бесспорная истина. Профессиональная адаптация в условиях вуза является процессом формирования у студентов интереса к избранной профессии, стремление в совершенстве овладеть ею. Такая адаптация предусматривает овладение полным объемом знаний, умений и навыков по профессии, методике и логике науки [3, с.138].

Профессиональное формирование студента успешно осуществляется в том случае, если оно основывается на интересе, наклонностях и способностях молодого человека к определенной профессии. Ещё одно немаловажное отличие вузовского обучения заключается в том, что в конце каждого семестра наступает момент, которого так боятся подавляющее большинство студентов - экзаменационная сессия. Первая сессия для студента первокурсника это практически всегда шок. В начале сентября она кажется какой-то далекой и почти ненастоящей. Многие студенты первокурсники прилежно посещают первую неделю учебного учреждения, но потом начинают: бездельничать, играть в крестики нолики во время пар и даже прогуливать. Само собой это не катастрофа, так как один, два дня большой роли не сыграют, но время летит незаметно и начинающий прогульщик вдруг обнаруживает, что уже декабрь, зима и скоро Новый год, а значит скоро зачетная неделя и хуже того - сессия! И вот тогда появляются проблемы, начинается лихорадочный поиск конспектов, контрольных, рефератов и шпаргалок.

Каждый студент переживал первую сессию, и это чувство всем знакомо. Любой экзамен - стресс для человека, а тем более, если ты студент первого курса. Волнения и переживания учащихся вполне оправданы, ведь в случае неудачной сдачи сессии, студенты лишаются стипендии и могут быть отчислены. К тому же, если в успешной сдаче школьных экзаменов заинтересованы и сами преподаватели, которые всегда помогут сдать экзамен и в крайне редких случаях отправят учащегося на пересдачу, то в сдаче экзаменов во время сессии заинтересован только сам студент. В системе электронного журнала заложены графы\_отсутствие по уважительной и неуважительной системе, что предполагает снижение баллов за прогулы вплоть до нулевого балла. Некоторые этого не допускают, а другие как в школе считают «авось пройдет».

При поступлении студента в вуз, происходят значительные изменения в условиях его жизни. Сформированный за 11 лет привычный уклад учебного процесса кардинально меняется и возникает необходимость мириться с произошедшими изменениями и привыкать к ним. К каким же условиям приходится адаптироваться первокурсникам?

Во-первых, новый маршрут до места учебы. Этот путь может включать в себя поездки на автобусах, метро, электричках и снова автобусах, а ещё и пешком пройти придется. К тому же, время, затрачиваемое на преодоление маршрута до вуза, значительно отличается от времени затрачиваемого на прогулку до школы. А ведь после окончания пар придется опять повторять весь пройденный маршрут, только в обратном порядке. И так каждый раз. Кроме того, не избежать и дополнительных финансовых затрат на проездные.

Во-вторых, расписание и продолжительность пар. За 11 лет учащийся привык к тому, что уроки начинаются с самого утра, т.е. с первого урока, далее проходит установленное количество уроков и во второй половине дня он свободен. А поступив в вуз, студент сталкивается с непривычной для него расстановкой пар. Ведь учебный день может начинаться как с первой пары, так и с третьей или четвертой, и заканчиваться они могут как в 12 часов утра, так и в 5-7 часов вечера. Привычные уроки по 40 минут тоже остаются в прошлом. На смену им приходят пары по 50 минут. Между парами он не успевает перестроиться. И к такой смене привычного уклада учебного дня тоже нелегко привыкнуть. Но тяжелее всего приходится иногородним студентам, которым не только приходится адаптироваться ко всем стандартным изменениям в условиях их жизни, связанных с поступлением в вуз, так ещё перед ними возникает непростая проблема проживания в студенческом общежитии или в снимаемой квартире (комнате). С момента поселения студента в общежитие у него начинается "испытание свободой". Уехав от родителей, студент получает полную свободу, практически безграничную, бесконтрольную. Но ведь свобода - это и самостоятельность. Самостоятельность как обязанность самому о себе позаботиться. И не остается другого выхода, как самому принимать решения по тому или иному случаю и быть ответственным за эти решения. Самому отвечать за поступки, слова и действия. Самому выстраивать отношения с

новыми людьми: как правило, комнаты комплектуют без учета личностных качеств человека, без учета его темперамента и характера [4, с.59].

Студенческая жизнь начинается с первого курса и, поэтому успешная адаптация первокурсника к жизни и учебе в ВУЗе является залогом дальнейшего развития каждого студента как человека, будущего специалиста. Поступив в новое учебное заведение, молодой человек уже имеет некоторые сложившиеся установки, стереотипы, которые при начале обучения начинают изменяться, ломаться. Новая обстановка, новый коллектив, новые требования, оторванность от родителей, неумение распорядиться "свободой", денежными средствами, коммуникативные проблемы и многое другое приводят к возникновению психологических проблем, проблем в обучении, общении с сокурсниками, преподавателями. Очевидно, для адаптации первокурсников в ВУЗах необходимо кроме школы подобрать индивидуальный подход к каждому, что порой и не достигается положительного результата, так как студент заинтересован на первом этапе получить хорошие баллы (и перед одноклассниками).

Проходит немало времени, прежде чем студент приспособится к требованиям обучения в ВУЗе. Многими это достигается слишком большой ценой. Отсюда зачастую возникают существенные различия в деятельности, а особенно ее результатах, при обучении одного и того же человека в школе и в ВУЗе. Отсюда и низкая успеваемость на первом курсе, непонимание и, возможно, непринятие условий и требований ВУЗа.

Итак, адаптироваться нужно: во-первых, к учебному процессу, который во многом отличается от школьного. Между преподавателем и студентом возникает барьер из-за различия в методах обучения в школах и ВУЗах. Новая обстановка во многом обесценивает приобретенные в школе способы усвоения материала. Во-вторых, к новому коллективу. Определить "свое место под солнцем, завоевать авторитет и уважение однокурсников смелостью "непослушания" и т.д. В-третьих, к новым условиям жизни: самостоятельной организации учебы, быта, свободного времени. В-четвертых, к новым отношениям с родителями, т.к. подросток становится постепенно независимой личностью.

Причины трудностей адаптационного периода: отрицательные переживания, связанные с уходом из школьного коллектива; неопределенность мотивов выбора профессии, недостаточная психологическая подготовка к ней; неумение осуществлять психологическое саморегулирование поведения деятельности, усугубляемое отсутствием привычки ежедневного контроля педагогов; поиск оптимального режима труда и отдыха в новых условиях; отсутствие навыков самостоятельной работы, неумение конспектировать, работать с книгой; слабая база знаний из школьной программы. Эти трудности различны по происхождению. Одни объективно неизбежны (освоение в новом коллективе, взаимоотношения с педагогами), другие носят субъективный характер и связаны со слабой подготовкой, дефектами воспитания в семье и школе. Если студент еще до поступления в ВУЗ твердо решил вопрос о выборе им профессии, осознал ее значение, ее положительные и отрицательные стороны, требования, которые она выдвигает, то обучение в ВУЗе будет целенаправленным и продуктивным, то адаптация будет осуществляться без особых затруднений.

### **Библиографический список**

1. Албитова Е. П., Рогалева Г. И. Социальная адаптация студентов — условие формирования субъектной позиции, социального статуса «студент вуза» // Азимут научных исследований: педагогика и психология. — 2015. — № 4(13). — С. 90-93.
2. Ананьев Б. Г. Личность, субъект, индивидуальность. — М.: Директ-Медиа, 2008. — 134 с.
3. Архипова А. А. Адаптация как одно из условий самореализации личности. // Педагогические науки. — 2007. — № 3. — С. 173-177.

4. Дубовицкая Т. Д., Крылова А. Я. Методика исследования адаптированности студентов в вузе // Психологическая наука и образование. — 2010. — № 2. — С. 27-46.

УДК 796.012

**Нарымбетова А.О.**, учитель-модератор  
НИИШ ФМН г. Тараз  
narymbetova\_a@trz.nis.edu.kz

## **СУСТАВНАЯ ГИМНАСТИКА С.БУБНОВСКОГО КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ РАЗВИТИЯ ГИБКОСТИ У УЧАЩИХСЯ**

***Аннотация.** В данной работе описана проблема, которую автор решает через исследовательскую работу. Обобщается практический опыт апробирования суставной гимнастики и применения ее на уроке физической культуры.*

***Ключевые слова:** гиподинамия, гибкость, подвижность, мышцы, опорно-двигательная система, суставная гимнастика.*

## **С. БУБНОВСКИЙДІН БУЫНДЫ ГИМНАСТИКАСЫ ОҚУШЫЛАРДЫҢ ИКЕМДІЛІГІН ДАМУДАҒЫ ТИІМДІ ТӘСІЛІ РЕТІНДЕ**

***Аңдатпа.** Бұл мақалада автор зерттеу жұмыстары арқылы шешетін проблеманы сипаттайды. Буын гимнастикасын тестілеудің тәжірибесі және оны дене шынықтыру сабағында қолдану қорытындылады.*

***Түйінді сөздер:** гиподинамия, икемділік, ұтқырлық, бұлшықет, тірек-қимыл жүйесі, буын гимнастикасы.*

## **JOINT GYMNASTICS OF S. BUBNOVSKY AS AN EFFECTIVE METHOD OF DEVELOPMENT OF FLEXIBILITY AT SCHOOLCHILDREN**

***Abstract.** This paper describes the problem that the author solves through research. Summarizes the practical experience of testing articular gymnastics and applying it to the lesson of physical culture.*

***Keywords:** physical inactivity, flexibility, mobility, muscles, musculoskeletal system, joint gymnastics.*

В настоящее время у молодого поколения наблюдается высокая степень гиподинамии. Она отрицательно действует на мышцы и приводит к снижению силы мышц. С каждым годом нагрузка в школе возрастает. Современные ученики занимаются умственным трудом и продолжительное время сидят за партой. Многие из них испытывают стресс. Мышечная ткань получает недостаточную нагрузку и, как следствие, испытывают кислородное голодание. Происходит потеря мышечной константы. Ухудшается кровообращение в мышцах и тканях, прилегающих к позвоночнику, и это становится причиной нарушения питания межпозвоночных дисков, они начинают разрушаться. Сидячий образ жизни повышает риск развития остеохондроза, ведёт к искривлению позвоночника и другим заболеваниям. Необходима нагрузка для мышечной ткани и поддержания всех мышц в тонусе.

Задача учителя физической культуры состоит в укреплении здоровья наших детей. Необходимо поддерживать физическую и умственную работоспособность учащихся в учебе и повышать их двигательную активность.

Для развития гибкости в мире используются различные методы. Мною был выбран метод активных движений, а именно, суставная гимнастика Бубновского. Почему была использована именно эта гимнастика? Установлено, что для развития гибкости наиболее целесообразны маховые упражнения с постепенным увеличением амплитуды движений. Суставная гимнастика состоит из комплекса маховых упражнений, которая дает мощное воздействие на все отделы позвоночника, улучшает подвижность позвоночника и восстанавливает функциональность всего организма. Ее эффективность состоит в том, что за счет разогрева глубоких мышц и связок надолго сохраняется эластичность мышц всего организма. Вследствие чего улучшается подвижность. Основой методики является движение. Правильное движение – здоровое тело. Только движения способствуют пробуждению сил и избавлению от напряжения и боли.

Суставная гимнастика была мною апробирована в 2016 году. Анализируя существующие проблемы опорно-двигательным аппаратом у себя и окружающих меня людей, я занялась изучением эффективных методов развития гибкости. Лоренс Стенхауз писал, что выдающимися характеристиками опытного профессионала являются способность самостоятельно и профессионально развиваться путем систематического самообучения, через изучение работы других учителей и путем апробации идей во время преподавания (1975).

Упражнения помогли мне укрепить мышцы и суставы; у меня исчезла боль в области шеи, поясницы, а также избавиться от остеохондроза, головных болей, зевоты; улучшилась подвижность суставов. Гимнастика способствовала снятию стресса и улучшала моё настроение. Получив такие результаты, я решила помочь коллегам. Большинство учителей ведут малоподвижный образ жизни и не осознают, что им не хватает двигательной активности. Из-за нехватки времени они не могут заниматься спортом. Продолжительное время сидят за компьютерами. При таком образе задействованы одни и те же мышцы, а другие остаются без движения и затекают, недостаточно работает циркуляция крови. В функциональных системах происходит сбой, что ведет к различным заболеваниям: ожирение, сколиоз, тахикардия и др.

Учитывая потребности моих коллег, на волонтерской основе мною были организованы занятия по оздоровительной гимнастике. Занятия проходят три раз в неделю. Занимающиеся в один голос жаловались на боли в области поясницы, шеи, колена, частые головные боли, остеохондроз. Причиной всему послужило снижение физической активности. Если мышцы и связки недостаточно работают, то не выделяется суставная жидкость, что ведет к остеохондрозу. Отсутствие физических упражнений привело к атрофическим изменениям в мышцах, костной ткани, к нарушению обмена веществ, отсюда и возникновению головных болей.

Учитывая потребности моих подопечных, я пришла к выводу, что необходимо применить комплекс упражнений, который окажет мощное воздействие на все отделы позвоночника, усилит кровообращение, укрепит мышцы и суставы, укрепит нервную систему. Группе была предложена апробированная мною суставная гимнастика Бубновского (рис.1).



Рисунок 1 - Упор на коленях. Мах вверх.

В течение года мы получили хороший результат. Гимнастика, прежде всего, улучшила нашу подвижность; укрепила мышцы спины, шеи, тазобедренного сустава; снялось напряжение. Улучшилось кровообращение в организме, вследствие чего исчезли головные боли, отдышка, укрепились нервная система. После получения таких результатов у меня не было сомнения в применении суставной гимнастики на уроке.

Гибкость является одной из важнейших физических качеств человеческого организма. Это качество определяется развитием подвижности в суставах. Активный период подвижности у детей наблюдается в возрасте 11-14 лет [2]. И действительно, совместно наблюдая за девочками 10-х классов, мы убедились, что к 15-16 годам подвижность идет на снижение. В этом периоде у них проявляются изменения, как в физическом, так и на эмоциональном уровне.

При опросе девочек мы выяснили, что они мало бывают на свежем воздухе и ведут сидячий образ жизни. Большую часть свободного времени сидят с гаджетами, поздно ложатся спать. Также узнали что, девочки испытывают различные комплексы: неприятие своего физического тела, стеснение, неуверенность. Результаты анкетирования показали, что они испытывают переутомление, стресс, апатию (рис.2). Анкетные данные показали: 70% учащихся испытывают боли в поясничном и шейном отделах; 35% учащихся испытывают головные боли после продолжительной умственной нагрузки. Результаты комплексной диагностики свидетельствовали о недостаточном уровне гибкости у девочек (рис.5,7). При пониженной нагрузке мышцы становятся менее эластичными, суживаются капилляры, в результате чего мышечные волокна истощаются, снижается сила мышц.

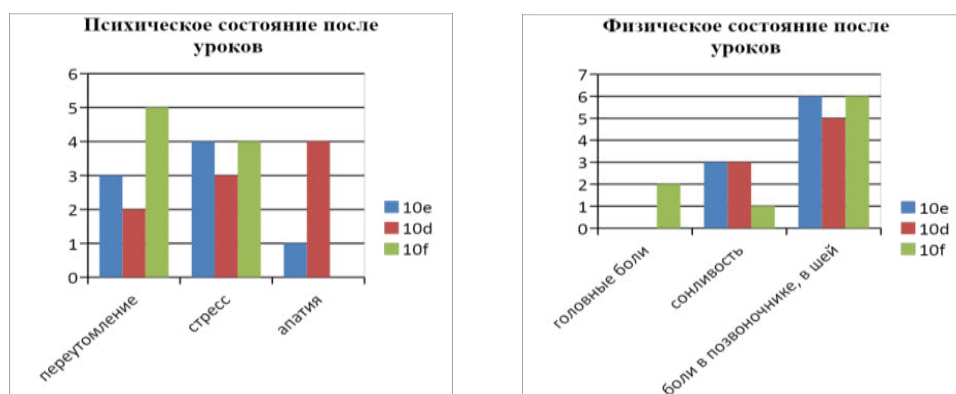


Рисунок 2 - Психическое и физическое состояние учащихся после уроков

Проанализировав полученные результаты, мы пришли к заключению: необходимо улучшить работу мышц, а для этого необходимо повысить дыхательный процесс. Для этого мы применили дыхательную гимнастику А. Стрельниковой, которая способствовала укреплению дыхательных мышц и дыхательного аппарата. Нашей



задачей было подобрать такой комплекс упражнений, который будет оказывать воздействие на все отделы позвоночника, улучшит кровообращение и укрепит нервную систему.



Рисунок 3 - Определение объема легких сокращения мышц

Рисунок 4 - Определение силы

Для укрепления и развития мышц мы использовали суставную гимнастику Бубновского, которая была апробирована с группой учителей и дала положительные результаты.



Рисунок 5 - Тест на тоническую функцию мышц рук, туловища и ног

*Результаты исследования:* Анализ результатов повторной диагностики показал, что после применения суставной гимнастики у учащихся уровень гибкости вырос, выявились учащиеся, у которых наблюдался высокий уровень гибкости. Это проявилось в том, что они стали способны к выполнению более сложных упражнений.



Рисунок 6 - Маховые упражнения

После применения дыхательной гимнастики показатели объема легких у учащихся увеличились. Во время выполнения упражнений разогревались глубокие мышцы и связки, вследствие чего, надолго сохранялась эластичность мышц. Учащиеся стали более уверенными в себе, научились справляться со стрессом.

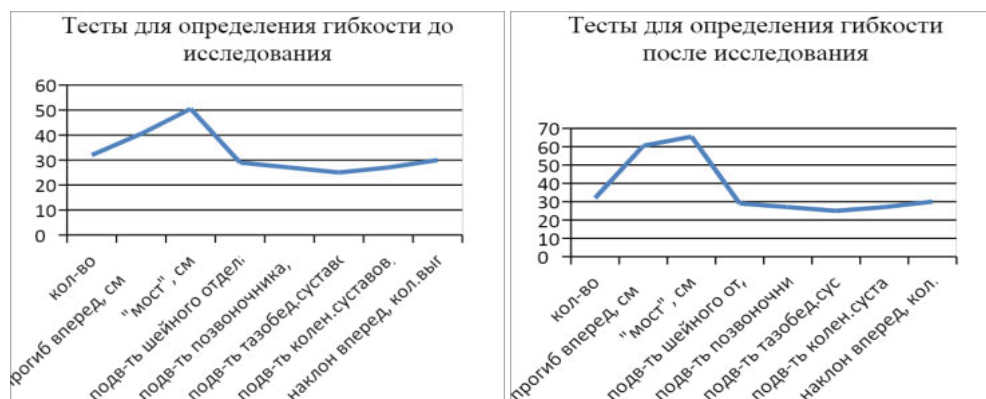


Рисунок 7 – Результаты исследования

В результате совместной работы нам удалось подобрать комплексы упражнений оздоровительной гимнастики, которые способствовали развитию гибкости у учащихся. Проанализировав проделанную работу, мы пришли к выводу: совместно подобранные дыхательная гимнастика А.Стрельниковой и суставная гимнастика Бубновского положительно повлияли на развитие гибкости у учащихся. В результате использования маховых упражнений увеличилась амплитуда движений, улучшилась гибкость.

По завершению этапа апробации внедрения суставной гимнастики Бубновского в 10 классах был проведен опрос в форме анкетирования. В анкетировании приняли участие 32 учащихся. Более 80 % учащихся в анкетах отметили, о необходимости уроков с применением суставной гимнастики, которое позволило им:

- развивать гибкость;
- укрепить опорно-двигательный и дыхательный аппарат;
- укрепить мышцы позвоночника;
- снимать напряжение в позвоночнике;
- улучшать кровообращение в организме;
- снимать стресс;
- улучшать настроение.

После апробации и внедрения комплекса суставной гимнастики учащиеся стали:

- выполнять сложные упражнения;
- улучшили результаты тестов по определению уровня гибкости;
- более уверенными.

### Библиографический список

1. Богданов В.М., Богданова Л.П. Гибкость и ее развитие: Методические рекомендации / Самар. гос. аэрокосм. ун-т, Самара, 2004.- 42с.
2. Власенко С.Н. «Гибкость – важный фактор здоровья» - Минск,1992. – 99с.
3. Лебедихина Т.М. Гимнастика: теория и методика преподавания: Учебное пособие; Министерство образования и науки Рос.федерации, Урал. федер. унив-ет – Екатеринбург: издательство Урал. унив-та, 2017. – 112с.
4. Платонов В.Н., М.М.Булатов. «Гибкость спортсмена и методика её совершенствования» - Киев, 1992г.

6. Суставная гимнастика Бубновского <https://clck.ru/Geb9u>
7. Тихомирова В.Т. Развитие навыков исследовательской деятельности учителей в системе повышения квалификации: задания и упражнения. Учебное пособие.- Алматы: РИПК СО, 2008. 76с.

УДК 796

**Омаров Е.Б.**, кандидат педагогических наук, и.о. профессора  
Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан

**Ясынов Ж.**, старший преподаватель,  
Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан

**Дюсенов С.М.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан

**Молдан Е.**, старший преподаватель  
Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева  
г.Нур-Султан, Республика Казахстан

## **АДАПТАЦИЯ К ОПТИМАЛЬНОМУ ДВИГАТЕЛЬНОМУ РЕЖИМУ - ОСНОВНОЕ УСЛОВИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

***Аннотация.** В данной статье рассматриваются проблемы, пропаганды основ здорового образа жизни среди студентов, которые несомненно, имеют долгосрочную перспективу на оздоровление молодежи, что во многом улучшит качество их образования. Целостность человеческой личности проявляется, прежде всего, во взаимосвязи и взаимодействии психофизических сил организма и окружающей среды.*

***Ключевые слова:** адаптация, здоровый образ жизни, движения.*

## **ОҢТАЙЛЫ ҚОЗҒАЛЫС РЕЖИМІНЕ БЕЙІМДЕЛУ- САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫНЫҢ НЕГІЗГІ ШАРТЫ**

***Аңдатпа.** Бұл мақалада студенттер арасында салауатты өмір салтын насихаттау ісі жастарды сауықтырудың ұзақ мерзімді келешегіне, білім сапасын арттыруға бағытталатындығы айтылады. Жеке тұлға ретіндегі адамның бірегейлігі, ең алдымен, психикалық күй күші мен қоршаған ортаның өзара байланысынан, арақатынасынан көрінеді.*

***Түйінді сөздер:** бейімделу, салауатты өмір салты, қозғалыс.*

## **ADAPTATION TO THE OPTIMAL MOTOR MODE - THE MAIN CONDITION OF A HEALTHY LIFESTYLE**

***Abstract.** The integrity of the human personality is manifested primarily in the relationship and interaction of psycho – physical forces of the organism and the environment. Advocacy foundations of healthy lifestyle among students, undoubtedly, has dolosrochnuyu perspective on the improvement of youth, this is largely improve the quality of education.*

***Keywords:** adaptation, healthy lifestyle, movement.*

**Введение.** Адаптация к оптимальному двигательному режиму - важнейшее условие здорового образа жизни. Его основу составляют систематические занятия

физическими упражнениями и спортом, эффективно решающие задачи укрепления здоровья и развития физических способностей молодежи, сохранения здоровья и двигательных навыков, усиления профилактики неблагоприятных возрастных изменений. При этом физическая культура и спорт выступают как важнейшее средство воспитания.

Гармония психофизических сил организма повышает резервы здоровья, создает условия для творческого самовыражения в различных областях нашей жизни. Активный и здоровый человек надолго сохраняет молодость, продолжая созидательную деятельность, не позволяя "душе лениться". Академик Н. М. Амосов предлагает ввести новый медицинский термин "количество здоровья" для обозначения меры резервов организма [1, 2, 3].

Какой бы совершенной ни была медицина, она не может избавить каждого от всех болезней. Человек - сам творец своего здоровья, за которое надо бороться.

**Цель.** Изучить как с раннего возраста необходимо вести активный образ жизни, закаливаться, заниматься физкультурой и спортом, соблюдать правила личной гигиены, - словом, добиваться разумными путями подлинной гармонии здоровья.

Охрана собственного здоровья - это непосредственная обязанность каждого, он не вправе перекладывать ее на окружающих. Ведь нередко бывает и так, что человек неправильным образом жизни, вредными привычками, гиподинамией, перееданием уже к 20-30 годам доводит себя до катастрофического состояния и лишь тогда вспоминает о медицине [4].

**Задача.** Определить на какие подсистемы можно разбить, систему функциональных резервов организма.

Основной составляющей здорового образа жизни является функциональные резервы организма, которых можно разбить на следующие подсистемы:

- биохимические резервы (реакции обмена),
- физиологические резервы (на уровне клеток, органов, систем органов),
- психические резервы.

Возьмем, к примеру, физиологические резервы на клеточном уровне бегуна-спринтера. Прекрасный результат в беге на 100 м. - 10 секунд. Его могут показать лишь единицы. А можно ли этот результат существенно улучшить? Расчеты показывают, что можно, но не более чем на несколько десятых секунды. Предел возможностей здесь упирается в определенную скорость распространения возбуждения по нервам и в минимальное время, необходимое для сокращения и расслабления мышц [5].

Основу здорового образа жизни составляют адаптация к оптимальному двигательному режиму, поэтому систематические занятия физическими упражнениями и спортом, эффективно решающие задачи укрепления здоровья и развития физических способностей молодежи, сохранения здоровья и двигательных навыков, усиления профилактики неблагоприятных возрастных изменений. Физическая культура и спорт выступают как важнейшее средство воспитания и условие здорового образа жизни.

Основными качествами, характеризующими физическое развитие и адаптация человека, являются сила, быстрота, ловкость, гибкость и выносливость. Совершенствование каждого из этих качеств способствует и укреплению здоровья, но далеко не в одинаковой мере.

Способ достижения адаптации человека один - систематическое выполнение физических упражнений. Кроме того, экспериментально доказано, что регулярные занятия физкультурой, которые рационально входят в режим труда и отдыха, способствуют не только укреплению здоровья, но и существенно повышают эффективность производственной деятельности. Однако не все двигательные действия, выполняемые в быту и процессе работы, являются физическими упражнениями. Ими могут быть только движения, специально подбираемые для воздействия на различные органы и системы, развития физических качеств, коррекции дефектов телосложения.

Основной составляющей здорового образа жизни является рациональное питание. Когда о нем идет речь, следует помнить о двух основных законах, нарушение которых опасно для здоровья.

Первый закон - равновесие получаемой и расходуемой энергии. Если организм получает энергии больше, чем расходует, то есть если мы получаем пищи больше, чем это необходимо для нормального развития человека, для работы и хорошего самочувствия, - мы полнеем. Сейчас более трети нашей страны, включая детей, имеет лишний вес. А причина одна - избыточное питание, что в итоге приводит к атеросклерозу, ишемической болезни сердца, гипертонии, сахарному диабету, целому ряду других недугов.

Второй закон - соответствие химического состава рациона физиологическим потребностям организма в пищевых веществах. Питание должно быть разнообразным и обеспечивать потребности в белках, жирах, углеводах, витаминах, минеральных веществах, пищевых волокнах. Многие из этих веществ незаменимы, поскольку не образуются в организме, а поступают только с пищей. Отсутствие хотя бы одного из них, например, витамина С, приводит к заболеванию и даже смерти. Витамины группы В мы получаем главным образом с хлебом из муки грубого помола, а источником витамина А и других жирорастворимых витаминов являются молочная продукция, рыбий жир, печень.

Любое отклонение от законов рационального питания приводит к нарушению здоровья. Организм человека расходует энергию не только в период физической активности (во время работы, занятий спортом и др.), но и в состоянии относительного покоя (во время сна, отдыха лежа), когда энергия используется для поддержания физиологических функций организма - сохранения постоянной температуры тела. Установлено, что у здорового человека среднего возраста при нормальной массе тела расходуется 7 килокалорий в час на каждый килограмм массы тела.

Первым правилом в любой естественной системе питания должно быть:

- прием пищи только при ощущениях голода,
- отказ от приема пищи при болях, умственном и физическом недомогании, при лихорадке и повышенной температуре тела,
- отказ от приема пищи непосредственно перед сном, а также до и после серьезной работы, физической либо умственной.

Важно отметить благоприятное состояние воздушной среды при мышечной деятельности, в том числе и при занятиях физическими упражнениями, так как при этом увеличивается легочная вентиляция, теплообразование и т. д. В спортивной практике санитарно-гигиенические исследования воздуха позволяют своевременно принять необходимые меры, обеспечивающие максимальные условия для занимающихся физической культурой и спортом.

В результате многолетнего опыта работы в области спортивной медицины четко определены основные задачи гигиены физических упражнений и спорта. Это изучение и оздоровление условий внешней среды, в которых происходят занятия физической культурой и спортом, и разработка гигиенических мероприятий, способствующих укреплению здоровья, повышению работоспособности, выносливости, росту спортивных достижений.

Как известно, физические упражнения влияют не изолированно на какой-либо орган или систему, а на весь организм в целом. Однако совершенствование функций различных его систем происходит не в одинаковой степени. Особенно отчетливыми являются изменения в мышечной системе. Они выражаются в увеличении объема мышц, усилении обменных процессов, совершенствовании функций дыхательного аппарата. В тесном взаимодействии с органами дыхания совершенствуется и сердечно-сосудистая система.

Занятия физическими упражнениями стимулирует обмен веществ, увеличивается сила, подвижность, уравновешенность нервных процессов и адаптация организма в

целом. В связи с этим возрастает гигиеническое значение физических упражнений, если они проводятся на открытом воздухе. В этих условиях повышается их общий оздоровительный эффект, они оказывают закалывающее действие, особенно, если занятия проводятся при низких температурах воздуха. При этом улучшаются такие показатели физического развития, как экскурсия грудной клетки, жизненная ёмкость легких. При проведении занятий в условиях холода совершенствуется терморегуляционная функция, понижается чувствительность к холоду, уменьшается возможность возникновения простудных заболеваний. Помимо благоприятного воздействия холодного воздуха на здоровье отмечается повышение эффективности тренировок, что объясняется большой интенсивностью и плотностью занятий физическими упражнениями. Физические нагрузки должны нормироваться с учетом возрастных особенностей и метеорологических факторов [6,7].

Вывод: таким образом, целостность человеческой личности проявляется, прежде всего, во взаимосвязи и взаимодействии психофизических сил организма и окружающей среды. Пропаганда основ здорового образа жизни среди студентов, несомненно, имеет долгосрочную перспективу на оздоровление молодежи, что во многом улучшит качество их образования.

### **Библиографический список**

1. Баевский Р.М. Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения теории адаптации // Вестник АМН СССР. - 1989. - С.73-78.
2. Баевский Р.М. Проблема здоровья и нормы: точка зрения физиолога // Клиническая медицина. - 2000. - С.59-64.
3. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. М., - 1997. - 216 с.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г.: системы здравоохранения: улучшения деятельности. ВОЗ, 2000 г. – 232с.
5. Апанасенко Г.Л. Оценка возможностей организма // <http://www.ecg.ru/books/book02/intro.html> – 1-48 с.
6. Health, security and the risk society. London, Nued Trust Global Health Progamme, 2005.
7. Волков Н.И. Закономерности биохимической адаптации в процессе спортивной тренировки: Учебн. пос. для слушат. Высш. шк. тренеров ГЦОЛИФКа. М., 1986. - 63 с.



ОО «Молодые инвалиды города Астана»  
г. Нур-Султан, ул. Кокарал, 2/1  
тел.: +7 (7172) 62 66 42, 57 99 06

Подписано в печать 13.09.19 г.  
Формат 60x90/8. Заказ №1690.  
Тираж 150 экз.

