

Лекція 3 Особливості спортивної роботи з інвалідами

План

- 1. Етико-деонтологічні аспекти спортивно-оздоровчої роботи з інвалідами***
- 2. Специфічність вимог до організації спортивних заходів для інвалідів***
- 3. Класифікація інвалідів в залежності від пошкодження***

1. Етико-деонтологічні аспекти спортивно-оздоровчої роботи з інвалідами.

Деонтологія (грецьк.-належне) - вчення про юридичні, професійні і моральні обов'язки та правила поведінки медпрацівника, головним чином, по відношенню до хворого.

Можна сказати, що медико - спортивна деонтологія це сукупність етичних норм виконання лікарями і тренерами своїх професійних обов'язків.

Термін "деонтологія" був запроваджений як розділ етики в 1834 р. англійським філософом-утилітаристом Бентамом (J.Bentham).

Однак, для творчої і практичної діяльності медичних працівників філософсько-етичні мотиви, як і увага до психологічних особливостей медика, хворого і їх взаємовідносин, характерні з часів зародження медицини. Це правомірно стосовно педагогічних працівників, представником яких є тренер.

На сучасному етапі розвитку спортивно-оздоровчої роботи серед інвалідів медико - спортивна деонтологія набуває самостійної практичної значущості, визначаючи конкретні рамки етичних і моральних норм у взаємовідносинах лікаря, тренера та інвалідів, які займаються спортом.

Лікувально-педагогічна діяльність, яка базується на принципах медико- спортивної деонтології, створює той сприятливий психологічний фон, що позитивно впливає на успішність фізичної реабілітації інвалідів, нормалізації або запобіганню у інвалідів психічних розладів.

Основні принципи, що регламентують моральне обличчя і лікаря, і педагога, формувалися і змінювалися протягом століть в залежності від того, як складалися у цьому суспільстві політичний лад, соціально-економічні і класові відносини, рівень культури, національні і релігійні традиції тощо.

Відповідно змінювалися і уточнювалися вимоги, які ставило суспільство у різні історичні епохи до фізичних, моральних і інтелектуальних якостей і лікаря, і педагога, до їх професійної майстерності.

Багаторічна практика роботи вітчизняних та закордонних фахівців показує, що одним з найбільш дійових методів реабілітації цього контингенту є реабілітація засобами фізичної культури та спорту. Систематичні тренувальні заняття, участь в змаганнях не тільки підвищують адаптацію інвалідів до умов життя, які змінилися, розширюють їх функціональні можливості, допомагають оздоровленню організму, але й сприяють виробленню координації в діяльності опорно-рухового апарату, кардіореспіраторної, травної систем і системи виділення, сприятливо діють на психіку інвалідів, мобілізують їх волю на боротьбу з хворобою, повертають людям почуття соціальної повноцінності.

У тих інвалідів, які займаються спортом, у порівнянні з інвалідами, які не займаються спортом, більше виявляються такі особистісні характеристики, як бажання "зменшити свою "провину" перед суспільством", увага до свого здоров'я тощо. І навпаки,

у інвалідів, які систематично не займаються фізичними вправами і не беруть участі у спортивних змаганнях, проявляється надмірна фіксація уваги на своїй хворобі, незадоволення станом здоров'я, домінують такі особистісні якості, як емоційне пригнічення, слабка особистісна ініціатива, відсутність бажання підтримувати стосунки з друзями.

Доцільність використання саме спорту, а не лікувальної фізичної культури чи занять фізичними вправами, має три основних положення:

- психологічний вплив спортивних ігор і змагань полегшує компенсацію фізичних, психічних, соціальних змін особистості інваліда, нормалізуючи його соціальну значимість, підвищуючи психоемоційну стійкість в умовах стресу;

- дозоване застосування підвищених фізичних навантажень при заняттях спортом виявляє резервні можливості організму, прискорюючи процеси реадптації;

- підвищення комунікативної активності, соціальна підтримка в умовах змагань має велике значення як у сімейно-побутовій сфері, так і в процесі підготовки до трудової діяльності.

Крім того, застосування систематичних навантажень сприяє розвитку компенсаторних механізмів, відновленню здатності до маніпулятивних дій, що включає побутове і професійне навчання і перенавчання, необхідність і можливість соціально корисної трудової діяльності і збереження родини при наявності стійкого обмеження здатності самостійно пересуватися.

Професійна діяльність і соціальна активність інвалідів у значній мірі визначається фізичним станом і функціональними можливостями організму. Тому, заходи з фізичної реабілітації є дуже важливими як для самого інваліда і його родини, так і для суспільства в цілому через те, що ефективна спортивно-оздоровча робота безпосередньо пов'язана з економічною рентабельністю, підвищенням працездатності, зменшенням захворювань, активізацією суспільної та професійної діяльності інвалідів.

Бурхливий розвиток Паралімпійського руху в другій половині ХХ сторіччя і прогнозоване його продовження вимагає детального розгляду і переосмислення теоретичних положень, що склалися в теорії спорту вищих досягнень. І одним з найважливіших є питання про доцільність ототожнення цільово-результативних відносин Олімпійського і Паралімпійського спорту.

Виходячи із сутності спорту, системоутворюючим фактором якого є змагання, діяльність кожного спортсмена спрямована на досягнення максимального результату. Особливо така спрямованість виражена в спорті вищих досягнень, вершиною якого є Олімпійські ігри. У жодному виді людської діяльності нашого часу немає такого масштабного і суспільно значимого явища за участю представників усіх континентів і переважної більшості країн планети.

Незаперечне соціальне значення результатів Олімпійських ігор потребує використання всіх можливих (і, нерідко, надможливих) засобів їх досягнення. Це і збільшення обсягів тренувальних навантажень до 1700-2000 годин щорічно, 18-20 тренувальних занять щотижня і зростання інтенсивності до граничних можливостей організму; і застосування різноманітних засобів підвищення працездатності (у т.ч. заборонених); і зневажання станом здоров'я; і багато, багато чого іншого.

Відзначимо, що перехід до кожного подальшого етапу багаторічної підготовки, на кожному наступному сходінку до спорту вищих досягнень сполучений із втратою певної кількості спортсменів, не спроможних до досягнення відповідного результату. У цьому

випадку, для збереження гуманістичного сенсу спортивної діяльності, необхідним є переорієнтування таких спортсменів на фахову самореалізацію в іншому виді діяльності і продовження занять спортом для зміцнення здоров'я і підтримки фізичних кондицій. Чи так це має відбуватися у спортивній діяльності інвалідів?

Так, видатне значення й авторитет Паралімпійських ілюструється динамікою кількості їх учасників - країн і спортсменів. Так, програма Паралімпійських ігор зростає від 8 до 19 видів спорту.

Так, у Паралімпійському спорті сьогодні досягнутий рівень спортивних результатів, співрозмірний із результативністю спорту Олімпійського.

Так, на 100-метровій дистанції Ажибула Адеу з Нігерії (стартова група T46, ампутації) показав видатний результат - 10,72 с, італійський спортсмен А.Манганаро (стартова група T13, поразки зору) - 10,96 с.; англієць С.Пейтон (стартова група T38, ДЦП) - 11,76 с.; австралійка А.Вінтерс (стартова група T46, ампутації) - 12,49с. Австралійський баскетболіст Т.Сач у фінальній грі проти команди Великобританії на X Паралімпійських іграх в Атланті приніс своїй команді 42 очка.

Подібні тенденції спостерігаються й в інших видах спорту. Незважаючи на це, дискусійним залишається питання про можливість ототожнення значення спрямованості до вищих досягнень в Олімпійському і Паралімпійському спорті.

З одного боку, у тому самому суспільному явищі - спорті - зрозумілим й обґрунтованим є прагнення до найвищих результатів, ізоморфне для людської діяльності. Саме героїчні досягнення Олени Акопян, Світлани Трифоновой, Василя Ліщинського, Юрія Андрюшина, Олександра Машенко, Олександра Ясинового й інших українських паралімпійців привертають увагу нашого суспільства до вирішення проблем інвалідів, а людей, що найчастіше зневірилися у своїй долі - до спортивних занять. Саме ці люди, натхнені сьогодні досягненнями паралімпійців, соціально адаптуються завдяки заняттям спортом, і завтра самі візьмуть участь у Паралімпійських іграх.

З іншого боку, досягнення результату в інваспорті детерміноване не лише ефективною методикою підготовки, талантом і працездатністю. Величезне значення має рівень збереження рухових, функціональних, адаптаційних і компенсаторних можливостей організму.

Отже, чи відповідає загальнолюдській і спортивній етиці необхідність жорсткого відбору спортсменів для продовження підготовки на її наступних етапах? Чи припустима орієнтація підготовки лише на потенційних чемпіонів, котрих завжди значно менше, ніж переможених?

З огляду на неоднозначність будь-якої відповіді на це питання, ми пропонуємо своє бачення цілей різних етапів підготовки спортсменів у Паралімпійському спорті. Отже, аналогом етапу початкової спортивної підготовки може виступати обов'язкове проходження підготовки за корекційно- реабілітаційною програмою.

Мета його - зміцнення здоров'я і створення передумов для можливої майбутньої спортивної підготовки, що частково розпочинається у вигляді адаптивного спорту. На відміну від традиційного розуміння спорту вищих досягнень, наступні етапи підготовки спрямовані не лише на виявлення групи осіб, що покажуть найвищий результат у Паралімпійських іграх (з обов'язковим вилученням потенційно нездатних на це), але і на продовження систематичних спортивних занять на досягнутому рівні рухової активності. Таким чином, діяльність у Паралімпійському спорті має двоєдину мету, обумовлену, з одного боку, ізоморфністю змагальності і специфічністю спорту, і, з іншого боку -

гуманістичним сенсом інваспорту, що покликаний дарувати його учасникам радість руху, спілкування і самореалізації. І, можливо, значення Паралімпійського спорту найкраще ілюструють безсмертні слова П'єра де Кубертена: "О спорт! Ти рекомендуєш ... кращі з ліків. Себе."

Оздоровча дія спортивних вправ пов'язана із систематичними та істотними за обсягом та інтенсивністю навантаженнями, що ставить підвищені вимоги до фізіологічних систем організму інвалідів.

Проте, багато інвалідів не знають своїх можливостей. а об'єктивна лікарська оцінка функціонального стану та функціональних можливостей принципово відрізняється від значно заниженої самооцінки інваліда.

Суб'єктивна оцінка важкості власного стану - фактор, що впливає на трудову та суспільну активність інваліда.

Тому, вимоги до професійної підготованості тренерів та спортивних лікарів, які працюють з цим контингентом спортсменів, до знання ними психічних основ спортової діяльності, етичних норм стосунків спортсмена-інваліда, тренера та лікаря значно підвищуються.

Актуальним є питання вибору інвалідом того чи іншого виду спорту. Є широкий вибір видів спорту.

З одного боку це пов'язане з можливістю цілеспрямованого впливу фізичних вправ на корекцію недуги, з іншого - з ефективністю психічної реабілітації: очевидно, що конкретні успіхи в обраному виді спорту мають позитивний психічний відбиток, що закріплює віру в свої можливості.

Отже, перед тренером та спортивним лікарем постає відповідальне завдання - обґрунтування показань і протипоказань до занять певними видами спорту для нозологічних груп та конкретних осіб-інвалідів, у тісному взаємозв'язку з діагнозом, функціональними можливостями організму і особливостями психічного статусу.

Проблема класифікації в спорті інвалідів також має етичне значення.

Таким чином, основними етико-деонтологічними проблемами адаптивного спорту є:

- Мотивація
- Термінологія
- Вибір виду спорту
- Контроль стану спортсмена
- Взаємовідносини з родиною спортсмена-інваліда
- Класифікація

2. Специфічність вимог до організації спортивних заходів для інвалідів

1. Заклади, що проводять спортивні заходи за участю інвалідів мають забезпечити для них максимум зручностей.

2. Для зустрічі та відправки спортсменів-інвалідів слід виділяти транспорт з урахуванням особливостей нозології та індивідуальних особливостей стану спортсменів.

3. Усі перепони та сходи мають бути обладнаними пандусами з обмежниками доріжок.

4. Роздягальні та душові мають бути обладнаними додатковими перилами.

5. Місця проживання спортсменів доцільно організувати недалеко від спортивних споруд.

Для готелів, де мають бути розташовані спортсмени-інваліди, обов'язковою є наявність ліфтів із широкими дверима або виділення помешкань на першому поверсі з проживанням по 2-3 особи, в т.ч. супровід.

6. Харчування спортсменів має організовуватись в комфортних приміщеннях з обов'язковою роботою обслуговуючого персоналу. Добровільними помічниками-волонтерами можуть стати студенти медичних, спортивних та педагогічних інститутів, курсанти військових училищ, слухачі семінарій тощо.

7. Для створення оптимального психологічного клімату змагань дуже важливо, щоб медична класифікація спортсменів відбувалася з максимальною об'єктивною оцінкою. У склад медичної комісії входять, як правило, фахівці спортивної медицини, хірург, невропатолог тощо.

Складність процесу класифікації зумовлюється великою кількістю варіантів захворювань та їх перебігу. Крім того, будь-який вид спорту ставить свої вимоги до функціональних та рухових можливостей спортсмена-інваліда, а спортивний результат залежить не лише від його підготованості, але й від ступеню збереження моторних функцій.

Класифікація в спорті інвалідів має і надзвичайний моральний сенс.

Розподіл на групи та класи повинен забезпечити рівні можливості в досягненні спортивного результату та впорядкувати суперництво. Про надзвичайну важливість такої класифікації свідчить регламент Паралімпійських ігор. Так, в X Паралімпійських іграх проведення класифікації з виду спорту в кожній нозології тривало до 3 днів, а визначення можливостей конкретного спортсмена - не менш 30 хвилин.

8. До роботи у суддівських бригадах залучаються досвідчені, кваліфіковані судді, бо дуже високою є вартість суддівської помилки.

9. Необхідно забезпечити спілкування спортсменів з максимальною кількістю здорових людей, проводити різноманітні додаткові заходи.

При організації основних змагань спортсменів-інвалідів (зокрема, Паралімпійських ігор), слід враховувати, що однією з основних складових підготовки до Паралімпійських ігор є процес класифікації та кваліфікації спортсменів.

У Паралімпійських іграх можуть брати участь спортсмени, які відповідають умовам допуску, що встановлені Положенням та Правилами Міжнародного Паралімпійського Комітету.

Класифікація та кваліфікація - це тривалий процес, що відбувається протягом чотирьох років між Паралімпійськими іграми і складається з трьох етапів.

Згідно з встановленою системою Паралімпійських заявок і кваліфікації, Національні Паралімпійські Комітети подають попередні заявки.

На першому етапі Національні Паралімпійські Комітети представляють основні дані на всіх спортсменів, які є кандидатами на участь у Паралімпійських іграх.

На другому етапі проводяться кваліфікаційні змагання і організаторам ігор надається інформація про кваліфікацію та класифікацію кандидатів на участь у Паралімпійських іграх. Всі міжнародні спортивні федерації інвалідів, як правило, інформовані за 2-3 роки про необхідність проведення кваліфікаційних змагань, які відбуваються під егідою Міжнародного Паралімпійського Комітету.

На третьому етапі Національні Паралімпійські Комітети подають фінальні заявки на всіх спортсменів, які братимуть участь у Паралімпійських іграх.

Ці фінальні заявки є остаточними. Після подання фінальних заявок вносити поправки чи робити заміни спортсменів заборонено. Замінити спортсмена можна з поважних причин (травма, хвороба тощо) і лише у тому класі та виді програми, на які було заявлено попереднього спортсмена.

Спортивний комітет МПК розробляє систему збору даних про заявки та класифікацію з метою забезпечення можливості перевірки кваліфікаційного та класифікаційного статусу кожного кандидата на участь у Паралімпійських іграх.

Організаційний Комітет Паралімпійських ігор спільно з Міжнародним Паралімпійським Комітетом розробляють Класифікаційну Стратегію, згідно з якою певний відсоток спортсменів (наприклад, 12 або 21%) можуть пройти класифікацію безпосередньо у місці проведення Паралімпійських ігор.

Згідно з Класифікаційною Стратегією, всі спортсмени, які мають взяти участь у Паралімпійських іграх, одержують один із трьох паралімпійських статусів: “постійний статус” (PPS), статус “під наглядом” (PRS) або “новий статус” (PNS). Кожен вид спорту Паралімпійської програми перебуває під контролем підрозділів Міжнародного Паралімпійського Комітету, Міжнародної організації спорту інвалідів та інших організацій. Постійний статус отримують спортсмени, які мають визнану та ухвалену класифікаційну оцінку.

Спортсмен із таким статусом не повинен проходити класифікацію під час Паралімпійських ігор. Статус "під наглядом" отримують спортсмени з нестабільним станом здоров'я та функціональних можливостей. Спортсмен із таким статусом повинен пройти класифікацію після приїзду на Паралімпійські ігри. “Новий статус” отримують спортсмени, які ніколи не мали міжнародної визнаної класифікаційної оцінки і про яких немає відомостей у відповідних міжнародних організаціях.

На Паралімпійських іграх працює Класифікаційний Координаційний центр, який відповідає за нагляд за процесом класифікації, а також керує розкладом розгляду протестів. Протести або апеляції до Арбітражної Комісії з Класифікації подаються до служби протестів або до рефері. Протести подаються згідно з Положеннями про Правила та Класифікацію, що розроблені різними міжнародними федераціями. Протести у письмовій формі можуть подавати Шеф місії або його повноважний представник чи представники від різних видів спорту (керівник команди або тренер).

Терміни подачі протестів у різних видах спорту суттєво відрізняються. Наприклад, згідно правил з паверліфтингу протест треба заявити відразу після підходу.

Згідно з правилами та положеннями про настільний теніс для інвалідів з пошкодженнями опорно-рухового апарату, всі протести та апеляції приймаються протягом 30 хвилин. Якщо порушення було виявлено до початку змагань, то його і слід подавати до початку змагань, а не чекати результатів змагань.

Згідно з положеннями Всесвітньої організації волейболу інвалідів, протести та апеляції слід заявити протягом 60 хвилин після закінчення матчу. Згідно з правилами з футболу серед спортсменів з церебральним паралічем, протест приймається протягом двох годин після закінчення гри. Якщо рефері відхиляє протест, керівник команди може звернутися до Апеляційного Жюрі. До складу Жюрі, як правило, входять технічний делегат, директор змагань, обраний представник команди, а також може увійти представник відповідної Федерації. Рішення Жюрі є остаточним. Разом з протестом подається грошовий внесок, який повертається лише за умови задоволення протесту.

Відповідно до Медичного та Антидопінгового Кодексу Міжнародного Паралімпійського Комітету, на Паралімпійських іграх проводиться допінговий контроль.

Контроль на допінг проводить Організаційний Комітет Паралімпійських ігор та Медична Комісія Міжнародного Паралімпійського Комітету спільно із Комітетом з відповідного виду спорту. Допінговий контроль можуть проводити з дня офіційного відкриття Паралімпійського селища.

Таким чином, підготовка до Паралімпійських ігор фактично починається відразу після закінчення попередніх ігор

3. Класифікація інвалідів в залежності від пошкодження

Мануально-м'язове тестування Зрозуміло, що кожен вид спорту має специфічні підходи та вимоги до класифікації. Однак, незважаючи на це, основою її є ступінь збереження силових можливостей, що визначається за допомогою мануально-м'язового тестування (ММТ).

М'язову силу оцінюють за опором, що може чинити інвалід при русі в тому чи іншому суглобі, за обсягом активних рухів, а також за результатами динамометрії. Варто мати на увазі, що обсяг і сила рухів можуть бути обмежені внаслідок патології в суглобах, м'язах та через рубцеві зміни шкіри.

Мануально-м'язове тестування проводиться за шести розрядною міжнародною системою.

0 балів - Відсутність ознак напруження при спробі довільного руху;

1 бал - Відчуття напруження м'язів при спробі довільного руху;

2 бали - Виконання руху в повному обсязі в умовах розвантаження (пасивний рух);

3 бали - Виконання руху в повному обсязі в умовах дії сили ваги частини тіла, що тестується;

4 бали - Виконання руху в повному обсязі в умовах дії сили ваги частини тіла, що тестується та помірної протидії;

5 балів - Виконання руху в повному обсязі в умовах дії сили ваги частини тіла, що тестується з максимальною протидією;

Для виявлення слабкості м'язів кінцівок використовують проби Мінгаццині-Барре.

Верхня проба: інвалідові пропонують витягнути руки вперед. При наявності м'язової слабкості рука з боку парезу опускається швидше, ніж здорова.

Нижня проба: інвалід, лежачи на спині, згинає ноги в колінах під тупим кутом, при цьому з боку парезу нога опускається швидше.

Є декілька модифікацій проби: проведення проби в положенні хворого на животі (той, хто обстежується згинає ноги в колінних суглобах і фіксує їх у цьому положенні - опускається «слабка» нога), використання додаткових навантажень тощо.

Оцінюються також форма м'язів та суглобів, тонус м'язів, рефлекс, тремор, обсяг активних рухів, положення тіла та його сегментів (вимушене чи довільне) тощо. Окремим тестом є показники динамометрії.

Методика мануально-м'язового тестування передбачає для кожного м'язу чи м'язової групи визначення специфічного руху, що називається "тестовим рухом".

Загальна оцінка сили ніг складає 80 балів (згинання, розгинання, відведення, приведення стегон; згинання, розгинання колін, згинання, розгинання у гомілковостопних суглобах), рук - 140 балів (згинання, розгинання, відведення, приведення плечей; згинання, розгинання ліктів; згинання, розгинання зап'ястків; обертові рухи передпліч; згинання, розгинання пальців; відведення, розгинання великого пальця).

Обов'язковим є попереднє оволодіння пасивним виконанням тестового руху.

Можливість ізольованого виконання тестового руху забезпечує визначення тестової позиції (вихідного положення тестового руху).

Правильний вибір тестової позиції є однією з основних умов успішного виконання мануально-м'язового тестування.

Мануально-м'язове тестування має свої переваги та недоліки.

До переваг цієї методики можна віднести те, що вона не потребує спеціального обладнання, є доступною та простою.

Головним недоліком мануально - м'язового тестування є його суб'єктивність та неможливість пролонгованого співставлення результатів.

Крім того, результати мануально-м'язового тестування не можуть бути самостійним критерієм класифікації, що вимагає додаткових тестувань.

Питання для самоконтролю

1. Етико-деонтологічні аспекти спортивно-оздоровчої роботи з інвалідами
2. Специфічність вимог до організації спортивних заходів для інвалідів
3. Класифікація інвалідів в залежності від пошкодження

Рекомендована література

1. Бріскін Ю. А. Вступ до теорії спорту інвалідів: навч. посіб. для студ. ВНЗ фіз. вих. Львів: «Апріорі», 2008. 68 с.

2. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів : підруч. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту. Київ: Олімпійська література, 2006. 263 с.

3. Бріскін Ю.А. Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади: навчальний посібник. Львів: “Ахіл”, 2003. 128 с.

4. Бріскін Ю.А. Організаційні основи Паралімпійського спорту: навчальний посібник. Львів: “Кобзар”, 2004. 180 с.

5. Передерій А., Борисова О., Брискин Ю. Общая характеристика классификаций в спорте инвалидов. *Наука в олимпийском спорте*. 2006. № 1. С. 50-54.

6. Бріскін Ю.А., Передерій А.В. Класифікаційні стратегії Паралімпійського спорту. *Оздоровча і спортивна робота з неповносправними*. Львів: Видавець Тарас Сорока. 2004. С. 22-29.

7. Григоренко В.Г. Дифференциально-интегральный подход в организации педагогической системы коррекции двигательной сферы инвалидов с нарушениями функций спинного мозга. *Тезисы докладов 1-й Всесоюзной научной конференции “Физическая культура и спорт инвалидов”*. Одесса, 2009. С. 22-27.