

практику вичання і виховання дітей з вадами слуху так і в сурдопедагогічну теорію. Адже якби не було даних систем з їх помилками і успіхами спеціально-організований процес навчання давав би сьогодні зовсім інші результати навчання. Виховання та соціалізації дитини з вадами слуху в соціальне середовище.

Список використаних джерел

1. Ярмаченко М.Д. Виховання і навчання глухих дітей в Українській РСР: Дис. Д-ра пед. наук / Ярмаченко Микола Дмитрович – К., 1968. – 607 с.
2. Ярмаченко М.Д. Виховання і навчання глухих дітей в Українській РСР: Посіб. Для студ. дефект. ф-тів пед.ін-тів та працівників шк. глухих / М.Д. Ярмаченко – К.: Рад.шк., 1968. – 320 с.
3. Ярмаченко Н.Д. Воспитание и обучение глухих детей в Украинской ССР: автореф: дис. д-ра пед. наук / Николай Дмитриевич Ярмаченко – М., 1969. – 86 с. – АПН СССР, НИИ дефектологии.
4. Ярмаченко М.Д. Історія сурдопедагогіки: Навч.посіб. для дефект. ф-тів ін-тів / М.Д. Ярмаченко – К.: Вища шк., 1975. – 423 с.

In the article history of origin and development of the pedagogical systems is examined educational-educate to the process of children flawy ear of M.D chronologic systematized and grounded in labours. Yarmachenko.

Keywords: French system of studies of deaf, German system of studies of deaf, «mimic method», «clean verbal method».

Отримано 18.9.2013

УДК 615.814.1-056.26

А. І. Кравченко

ВПЛИВ ГІДРОАКУПРЕСУРИ НА ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

В статті йдеться про перспективи застосування гідроакупресури як засобу відновлення працездатності осіб з обмеженими можливостями під час тренувального процесу.

Ключові слова: особи з обмеженими можливостями, працездатність, відновлення, гідропродури, акупресура, гідроакупресура.

В статті розглянуті перспективи застосування гідроакупресури як засобу відновлення працездатності осіб з обмеженими можливостями в час тренувального процесу.

Ключеві слова: люди з обмеженими можливостями, працездатність, відновлення, гідропродури, акупресура, гідроакупресура.

Постановка проблеми. Проблема відновлення нормального функціонування організму спортсмена з обмеженими можливостями і його працездатності після виконаної роботи (боротьба з втомою і якнайшвидша ліквідація її наслідків) має велике значення в інваспорті. Чим вищий рівень підготовленості спортсмена з обмеженими можливостями, тим сильніший подразник необхідний для забезпечення безперервного функціонального вдосконалення організму і досягнення нового, більш високого рівня його діяльності. Збільшення навантаження забезпечує структурне і функціональне вдосконалення кровообігу й активізацію трофічних функцій нервової системи даної категорії осіб, створення достатнього запасу енергії, збільшення капіляризації скелетної та серцевої мускулатури. Усе це зумовлює розширення потенціалу організму спортсмена, який має обмежені можливості, збільшення його функціонального резерву, адекватне пристосування до фізичних навантажень, прискорення відновлення. Чим швидше воно відбувається, тим більша вірогідність, що організм готовий до подальшої роботи, а отже, тим вищі його функціональні можливості та працездатність. Звідси випливає, що відновлення – невід'ємна складова тренувального процесу, не менш важлива, ніж безпосередні тренувальні впливи на спортсмена з обмеженими можливостями.

У проблемі фізичної активності центральне місце займає питання про фізичне тренування як найважливішу і найбільш ефективну форму організації впливу на організм людини з обмеженими можливостями, спрямовану на позитивну зміну її фізичного потенціалу й досягнення інших соціально важливих цілей фізичного виховання й самовиховання людини даної категорії.

Історично склалося так, що наукова і особливо науково-педагогічна розробка проблеми тренування в більшій мірі стосувалася тільки одного його різновиду – спортивного тренування, яке за своїми цілями істотно відрізняється від фізичного тренування, реалізованого в системі фізичної активності людини з обмеженими можливостями.

Спортивне тренування – основна форма підготовки спортсмена; це є підготовка, системно побудована за допомогою методів вправ і являє собою по суті педагогічний процес управління розвитком спортсмена з обмеженими можливостями.

У спортивному тренуванні загальна мета виховання конкретизується стосовно особливостей спортивної діяльності, набуваючи безпосередній

зв'язок з установкою на спортивні досягнення. Але, якими важливими не були б спортивні результати, в якості конкретної мети, із загальних соціально-педагогічних позицій вони не можуть, у кінцевому результаті, стати самоціллю.

На шляху до них завжди повинна бути врахована й більш істотна мета, яка полягає в тому, щоб через досягнення високих спортивних результатів розвинути духовні та фізичні здібності спортсмена – інваліда, щоб використовувати спортивну діяльність як фактор гармонійного формування особистості й виховання її в інтересах суспільства.

Основним питанням фізичного тренування, так само, як і основним питанням спортивного тренування, є ефект тренувального навантаження, який залежить від його величини, характеру, послідовності, ритму, її поєднань з відпочинком і відновленням працездатності, й від вмісту відпочинку та його тривалості.

Таким чином, фізичне тренування можна визначити як спеціально організований процес цілеспрямованої стимуляції розвитку й вдосконалення його рухової функції. У результаті тренування відбувається перехід організму людини з одного стану в інший, новий стан і, що найголовніше, відбувається освоєння людиною з обмеженими можливостями нового стану. Підвищуються фізичні можливості, формується новий більш високий рівень, таких фізичних якостей, як швидкість, сила, витривалість, гнучкість, спритність. Людина опановує новими видами рухів, збагачує арсенал своєї фізичної активності новими формами і новою якістю рухів після стомлення.

Втомою називається тимчасове зниження працездатності, викликане активною діяльністю. Стомлення, що виникає під час фізичного навантаження проходить дві фази:

- 1) компенсованого стомлення;
- 2) декомпенсованого стомлення.

У фазі компенсованого стомлення людина здатна зберігати інтенсивність виконуваних рухів на колишньому рівні, незважаючи на відчуття втоми та інші зростаючі труднощі.

У фазі декомпенсованого стомлення людина, незважаючи на всі сторони, не в змозі зберегти потрібну інтенсивність виконання завдання. Стомлення проявляється як у суб'єктивних відчуттях, так й об'єктивних змінах діяльності фізіологічних і біомеханічних зрушення в організмі спортсмена з обмеженими можливостями.

Неминучим наслідком м'язової діяльності є той чи інший ступінь втоми. Втома – це фізіологічний запобіжний механізм, що захищає організм від перенапруження, й одночасно наслідок виконаної роботи, що сприяє розвитку адаптації, стимулює подальше підвищення працездатності та тренованості організму. Без втоми немає тренування. Важливо лише, щоб її ступінь відповідав виконаній роботі. Він, як і швидкість відновлення, зумовлений складною взаємодією багатьох

чинників, серед яких провідне значення мають характер виконаної роботи, її спрямованість, обсяг та інтенсивність, стан здоров'я, рівень підготовленості, вік, індивідуальні особливості спортсмена з обмеженими можливостями, попередній режим, вміння розслабитися тощо.

Відновлення працездатності спортсмена з обмеженими можливостями можна домогтися як природним шляхом, так і завдяки використанню допоміжних засобів стимулювання відновних процесів. Механізм їх впливу можна представити як поєднання неспецифічних (дії на захисно-приспосувальні властивості організму) і специфічних впливів, спрямованих на якнайшвидшу ліквідацію загального і локального стомлення. Через нейрогуморальні регуляторні механізми ці засоби впливають на зміни, що їх спричинило попереднє навантаження. Метаболізм і кровопостачання тканин сприяють відновленню витрачених енергетичних і пластичних ресурсів. Використання відбудовних засобів повинно мати системний характер. Під системою відновлення ми розуміємо комплексне використання засобів різної дії, спрямованих на прискорення відновних процесів.

Аналіз останніх публікацій і досліджень. У багатьох працях науковці відзначають, що основні засоби [2, с. 33-39; 7, с. 185-186; 8, с. 172], відновлення поділяються на три великі групи, які умовно можна назвати педагогічними, психологічними та медико-біологічними. Вони мають бути прості, безпечні для осіб з обмеженими можливостями, а також стимулювати захисно-компенсаторні механізми. Одним із таких засобів є акупресура у водному середовищі (гідроакупресура).

Серед фізичних лікувальних чинників вода є одним з найдавніших, її можна застосовувати в будь-якому стані – твердому (лід), рідкому і газоподібному (пара) [9, с. 3]. Гідротерапія – це зовнішнє застосування прісної води (водопровідної, річкової, озерної, колодязної, дошової) у вигляді ванн, душів, обливань, обтирань, огортань. Гідротерапія знайшла широке застосування в лікувально-профілактичній практиці як засіб оздоровлення організму, підвищення його резистентності, тренування і загартування. Гідротерапевтичні процедури справляють на організм складний і різнобічний вплив. Основу дії гідротерапевтичних процедур становить поєднання різних за силою температурного і механічного подразників [6, с. 4]. Вода як фізичне середовище характеризується певною теплоємністю та теплопровідністю, і з її допомогою можна регулювати температуру тіла людини.

Залежно від температури води та площі впливу реакції, що розвиваються в різних органах і системах, виявлятимуться по-різному. Органом, що сприймає дію температурного подразника, є шкіра, тому її фізіологічні й анатомічні особливості відіграють важливу роль у формуванні цих реакцій. Шкіра має велику мережу кровоносних судин, і зміна кровообігу в ній унаслідок температурних впливів позначається на процесі гіподинамії в цілому. Крім того, в шкірі знаходиться значна

кількість нервових рецепторів, подразнення яких супроводжується, з одного боку, зміною просвіту шкірних судин, а з іншого – формуванням імпульсів, що надходять у центральну нервову систему і призводять до зміни її функціонального стану. Посутня роль шкіри й у процесах терморегуляції, тому температурний вплив під час водолікувальних процедур значною мірою позначається на обмінних процесах в організмі.

У формуванні зворотних реакцій організму на температурні подразники важливу роль відіграє центральна нервова система і гуморальний вплив за рахунок зміни температури крові, утворення різноманітних біологічно активних речовин. Через центральну нервову систему рефлекторно здійснюється загальна генералізована реакція організму на подразник, яка у свою чергу, залежить від площі та місця його докладання, його сили, тривалості. Рефлекторний механізм дії термічних подразників яскраво виявляється й у межах сегментів спинного мозку. Це зумовлено зв'язком ділянок шкіри з певними сегментами, з якими пов'язані й деякі внутрішні органи [3, с. 20].

Акупресура (точковий масаж) являє собою пресорефлексотерапію, підґрунтям якої є подразнення механорецепторів шляхом натискання (пресації) в зонах акупунктури. Сила пресації залежить від відчуттів пацієнта і ґрунтується на появі передбачених відчуттів, а також від цілей, яких треба досягти. Іншими словами, використовується гальмівний або збудливий варіант методу. Акупресура у багатьох випадках має високу ефективність, відрізняється доступністю, багато її прийомів можуть бути рекомендовані для самолікування з профілактичною або реабілітаційною метою. Існує безліч різновидів акупресури, що відрізняються прийомом впливу [5, с. 24]. Залежно від вихідного стану спортсмена з обмеженими можливостями застосовується тонізуючий збудливий варіант акупресури [1, с. 18; 4, с. 15-20].

Тонізуючий (збудливий) варіант передбачає швидке ритмічне натискання, розтирання, зрушення, розминання й обертальні рухи з частотою 4–6 рухів за 1 сек. Він застосовується при зниженій працездатності та передстартовій апатії. Тривалість тонізуючого масажу 1-2 хв. Заспокійливий (гальмівний, седативний) варіант акупресури починається з ритмічних обертальних прийомів, розтирання, розминання з подальшим посиленням натискання, затримкою пальця на точці та вібрацією. Цей варіант застосовується в разі надмірного збудження і передстартової лихоманки. Його тривалість 3-5 хв. У будь-якому випадку місцем впливу завжди є акупунктурні точки. Нині відомо понад 1500 точок, з яких 670 розташовані на меридіанах, 543 точки – поза меридіанами, 458 "нових" точок і приблизно 200 аурикулярних (М. М. Клименко, 1977).

Більшість відомих сьогодні точок були описані ще в глибоку давнину. У традиційній східній медицині точки акупунктури

розглядалися як зони концентрації життєвої енергії, розташовані на місцях перетину основних і чудесних меридіанів. Ці точки в усіх людей виявляються з моменту народження і мають однакове, чітко визначене розташування. Встановлено, що вони розташовані, як правило, в більш пухкій сполучної тканині (Г. Д. Новинський, 1960). Є підстави розглядати точки акупунктури не як власне шкірні точки, а як шкірні проєкції вегетативних та інших нервових елементів, розташованих углибині цих ділянок, або як мікрозони максимальної концентрації нервових рецепторів (Е. Д. Тикочинська, 1979). Точки акупунктури мають дуже невеликі розміри та відрізняються значно меншим електричним опором порівняно з прилеглими ділянками шкіри (в середньому приблизно 1 мм^2).

Описані й інші особливі властивості точок акупунктури: підвищена чутливість при пальпації, більш висока шкірна температура, посилене поглинання кисню, велика інтенсивність метаболічних процесів, підвищене інфрачервоне випромінювання (А. І. Нечушкін, 1978). Численні дослідження [1; 4; 5] свідчать, що точки акупунктури, безсумнівно, являють собою фізичну реальність, що має певне анатомічне підґрунтя і суттєві фізіологічні особливості. Їх можна розглядати як спроектовані на шкіру ділянки найбільш активної взаємодії, в яких сконцентровані нервові елементи, що відіграють головну роль в утворенні двобічних кутанеовісцеральних зв'язків.

Мета статті: дослідити особливості впливу гідроакупресури на відновлення працездатності осіб з обмеженими можливостями.

Результати дослідження та їх обговорення. У спортивно-корекційному і фізреабілітаційному центрі Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка розробляються шляхи комплексного застосування нетрадиційних засобів відновлення, які належать до останньої групи. Добираючи нетрадиційні засоби, ми виходимо з того, що вони повинні бути неспецифічними, стимулюючими, такими, які можна застосовувати для підвищення розумової та фізичної працездатності. Реабілітація, тобто відновлення працездатності людини з обмеженими можливостями, як складова комплексної системи лікування набуває в сучасній медицині все більшого значення. Не менше її значення й у спорті, бо захворювання й особливо травми у спортсменів з обмеженими можливостями зустрічаються все ще досить часто, стаючи основною причиною перерв у тренуванні, недотримання його етапів, нестійких спортивних результатів, що знижує оздоровчий ефект тренування і нерідко призводить до стійкого зниження працездатності.

Найважливішою особливістю реабілітації в інваспорті є необхідність домогтися не тільки повного клінічного, але й функціонального відновлення, чим забезпечується можливість включитися у звичайний тренувальний процес без негативних наслідків для здоров'я спортсменів, які мають обмежені можливості, й домогтися якнайшвидшого

відновлення спортивної працездатності. За нашими даними, використання гідропробур у комплексі з точковим масажем (гідроакупресурою), є досить перспективним засобом відновлення в інваспорті.

Для підвищення працездатності й подолання втоми впливали на точки:

R 1 (юн-цюань) – симетрична, локалізована на підошовній поверхні між II й III клиноподібними кістками, на межі передньої третини та задніх двох третин підошви.

RP 1 (інь-бай) – симетрична, розташована на тильній стороні дистальної фаланги II пальця стопи приблизно на 0,3 см усередину від кореня нігтя.

RP 2 (да-ду) – симетрична, знаходиться на медіальному краї I пальця стопи, у западині, що розміщена вперед і вниз від плесно-фалангового суглоба.

E 41 (цзе-сі) – симетрична, місце локалізації – тил стопи, у западині між сухожиллями довгого розгинача великого пальця і довгого розгинача пальців. Визначається на рівні латеральної щиколотки, і палець стопи в положенні розгинача.

E 36 (цзу-сан-лі) – симетрична, розміщена на 3 цуні нижче за надколінник, на 1 цунь назовні від переднього краю великогомілкової кістки, біля зовнішнього краю передньої великогомілкової кістки, при відшукуванні нога трохи зігнута в колінному суглобі.

V 15 (сінь-шу) – симетрична, знаходиться 1,5 цуні назовні від нижнього краю остистого відростка V грудного хребця. Визначається в положенні сидячи, голова злегка нахилена.

V 43 (гао-хуан) – симетрична, розташована на 3 цуні назовні від нижнього краю остистого відростка IV хребця. Визначається в положенні сидячи, тулуб напівзігнутий.

TR 15 (тянь-ляо) – симетрична, розташовується на верхній частині лопатки, у надостній ямці. Точку визначають у положенні сидячи.

TR 3 (чжун-чжу) – симетрична, її місцезнаходження – на тильній поверхні між IV і V п'ястковими кістками, у заглибленні позаду від голівки IV п'ясткової кістки, біля її ліктьового краю. При визначенні рука стиснута в кулак, звернена тильною поверхнею догори.

Загальнозміцнювальний і седативний вплив:

RP 6 (сань-інь-цзяо) – симетрична, розташована на задньому краї великогомілкової кістки, на 3 цуні вище за центр медіальної щиколотки.

GI 11 (цюй-чі) – симетрична, знаходиться в куті, що утворюється при згинанні руки в ліктьовому суглобі, на середині відстані між зовнішнім під виростком плечової кістки та променевим краєм шкірної складки ліктьового згину, в западині, яку можна прощупати пальцем, сковзнувши з ліктьового під виростка у бік ліктя. При визначенні місцезнаходження точки рука зігнута в ліктьовому суглобі й звернена променевою стороною передпліччя догори.

Р 7 (ле-цюе) – симетрична, локалізована на променевому краї променевої кістки, у заглибленні вище шилоподібного відростка, на 1,5 цуні проксимальніше променезап'ясткового суглоба. Слід стежити, щоб передпліччя було звернене променевим краєм угору.

МС 6 (ней-гуань) – симетрична, знаходиться між сухожиллями довгого долонного м'яза і променевого згинача зап'ястя, на 2 цуні вище за променезап'ястковий суглоб. У ході локалізації точк рука має бути зігнута в ліктьовому суглобі й обернена долонею догори.

GI 10 (шоу-сань-чі) – симетрична, розташована на передній поверхні передпліччя на 2 цуні нижче за кінці складки, що утворюється при згинанні руки в лікті. Отже, руку необхідно зігнути в ліктьовому суглобі, а передпліччя звернути променевою стороною догори.

Удаючись до різних гідропродур, користуючись різними методами акупресури та по-різному їх дозуючи, можна пред'являти різні вимоги до нейрорегуляторних механізмів і фізіологічних функцій організму незалежно від умов зовнішнього середовища. За необхідності можна тренувати ці механізми. Реакція організму як єдиної цілісної системи у відповідь на водну і рефлекторну процедури є складною і включає реакції серцево-судинної, нервової та ендокринної систем, окислювально-відновні процеси в організмі. Як свідчать наші спостереження, гідроакупресура сприяє кращому кровопостачанню тканин, зменшенню травматичного набряку і крововиливів, ліквідації застійних явищ і трофічних ушкоджень в органах і тканинах.

Під час гідроакупресури температура води має становити 39-43 С°.

Узагальнивши отримані дані, можна зробити такі **висновки**:

1. Завдяки гідроакупресурі знижується м'язовий тонус, що сприяє якнайшвидшій релаксації.
2. Поліпшується розтяжність сполучної тканини.
3. Стимулюються імунна й ендокринна системи.
4. Усе це сприяє покращенню відновлювальних процесів в організмі осіб з обмеженими можливостями.

Перспективи подальших досліджень. В подальших дослідженнях передбачається застосування інших нетрадиційних засобів відновлення працездатності осіб з психофізичними вадами.

Список використаних джерел

1. Атлас акупунктурных зон / Е. Л. Мачерет, В. П. Лысенюк, И. З. Самосюк – К.: Вища шк., 1986. – 255 с.
2. Дубровский В. И. Реабилитация в спорте / В. И. Дубровский. – М.: Физкультура и спорт, 1991. – 200 с.
3. Олифиренко В. Г. Водно-теплелечение / В. Г. Олифиренко. – М.: Медицина, 1978. – 2-е изд. – 278 с.
4. Проскурин В. В. Рефлексотерапия болезней нервной системы: краткое руководство для врачей / В В Проскурин. – М.: Изд-во УДН, 1991. – 154 с.

5. Руководство по рефлексотерапии / Е. Л. Мачерет, И. З. Самосюк. – 2-е изд., стер. – К.: Вища школа, 1986. – 302 с.
6. Соколова Н. Ф. Водолечение / Н. Ф. Соколова. – М., 1980. – 12 с.
7. Спортивная медицина: учеб. для ин-тов физ. культ. /под. ред. В. Л. Карпмана. – М.: Физкультура и спорт, 1980. – 349 с.
8. Спортивная медицина (Руководство для врачей) / под ред. А. В. Чоговадзе, Л. А. Бутченко. – М.: Медицина, 1984. – 384 с.
9. Сырочковская М. Н. Водолечение / М. Н. Сырочковская. – М.: Медицина, 198. – 174 с.

The article deals with future aspects of acupressure usage as method of rehabilitation of persons with disabilities during training process.

Keywords: persons with disabilities, ability to work, rehabilitation, hydro procedure, acupressure, hydroacupressure.

Отримано 21.9.2013

УДК 37.013:376

*А.Н. Коноплева
Т.Л. Лещинская*

ПРИОРИТЕТНЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ

У статті розглядаються пріоритетні методологічні підходи і проблеми включення учнів у взаємодію в умовах інклюзивної освіти.

Ключові слова: інклюзивна освіта, методологічні підходи, ситуаційна поведінка, взаємодія учнів, методика крок за кроком.

В статье рассматриваются приоритетные методологические подходы и проблемы включения учащихся во взаимодействие в условиях инклюзивного образования.

Ключевые слова: инклюзивное образование, методологические подходы, ситуационное поведение, взаимодействие учащихся, пошаговая методика.

Настоящее, как известно, включает элементы и структуры прошлого и будущего. Современное образование – это образование обычных школьников, специальное образование лиц с особенностями