

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
**«Национальный исследовательский НИЖЕГОРОДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н.И. Лобачевского»**

АДАПТИВНЫЙ СПОРТ. ВОЛЕЙБОЛ

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано методической комиссией факультета Физической культуры
и спорта для студентов и преподавателей факультета Физической культуры и
спорта ННГУ

Нижний Новгород
2022

УДК 796.325
ББК 75.569
А 28

А 28 Адаптивный спорт. Волейбол: учебно-метод. пособие /Т.А. Малышева [и др.]. – Нижний Новгород: Изд-во ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2021. – 52с.

Рецензент:

Бахарев Ю.А., кандидат педагогических наук, доцент, заведующий кафедрой теории и методики спортивных единоборств ННГУ им. Н.И. Лобачевского.

В учебно-методическом пособии представлены свод правил игры в волейбол, классификация медицинских групп, причины и виды заболеваний, особенности построения занятий у занимающихся разных нозологических групп. Рассмотрены методы обучения при занятиях волейболом.

Для студентов всех форм обучения по направлениям подготовки 49.03.01 «Физическая культура» и 49.03.03 «Рекреация и спортивно-оздоровительный туризм» и специалистов, работающих в сфере физической культуры и спорта.

Ответственный за выпуск:
председатель методической комиссии факультета
физической культуры и спорта Т.А. Малышева

© Национальный исследовательский Нижегородский
государственный университет им. Н.И. Лобачевского, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА I. СВОД ПРАВИЛ ПО МЕДИЦИНСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ В ВОЛЕЙБОЛЕ.....	6
1.1. Основные принципы классификации.....	6
1.2. Медицинская классификация.....	6
ГЛАВА II. ПРИЧИНЫ И ВИДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.....	12
2.1. Заболевания нервной системы	13
2.2. Врожденные патологии опорно-двигательного аппарата.....	13
2.3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно- двигательного аппарата.....	14
2.4. Особенности реабилитации при дефектах нижних конечностей... ..	14
2.5. Показания, ограничения и противопоказания к физическим нагрузкам лицам с нарушением опорно-двигательного аппарата.....	15
ГЛАВА III. ИСТОРИЯ, ПРАВИЛА ВОЛЕЙБОЛА СИДЯ.....	19
3.1. История волейбола сидя	19
3.2. Особенности волейбола сидя	20
3.3. Различия классического волейбола от сидячего волейбола	21
3.4. Всероссийская Федерация спорта лиц с поражением опорно- двигательного аппарата.....	22
ГЛАВА IV. ВОЛЕЙБОЛ СТОЯ.....	24
ГЛАВА V. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СОРЕВНОВАНИЙ ПО АДАПТИВНОМУ ВОЛЕЙБОЛУ.....	25
ГЛАВА VI. МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ ВОЛЕЙБОЛУ СИДЯ И СТОЯ.....	27
6.1. Средства обучения и совершенствования	28
6.2. Методы обучения волейбола.....	29
6.3. Обучение передачам мяча.....	31
ГЛАВА VII. ХАРАКТЕРИСТИКА СПОРТА ГЛУХИХ.....	35
7.1. Международная система спорта глухих.....	35

7.2. Особенности спорта глухих.....	35
7.3. Специфика организации обучения в спорте глухих.....	36
7.4. Требования к лицам, проходящим спортивную подготовку.....	37
7.5. Нормативная часть подготовки в спортивных школах.....	37
7.6. Требования к результатам реализации программ спортивной подготовки на каждом из этапов спортивной подготовки.....	38
7.7. Обучение техническим приемам в спорте глухих.....	39
7.7.1. Методика обучения в спорте глухих.....	39
7.7.2. Обоснованность методики обучения основам игры в волейбол слабослышащих и глухих детей.....	40
7.8. Организация соревнований по волейболу среди инвалидов по слуху.....	42
ГЛАВА VIII. ЯПОНСКИЙ МИНИ-ВОЛЕЙБОЛ.....	43
8.1. Специфические функции мини-волейбола.....	46
8.2. Неспецифические функции мини-волейбола.....	47
8.3. Сравнительная характеристика классического и японского мини-волейбола.....	49
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	51

ВВЕДЕНИЕ

Адаптивный спорт - разновидность спорта, направленная на формирование у инвалидов спортивного мастерства и достижение ими наивысших спортивных результатов в его различных видах в условиях состязаний. Задачей адаптивного спорта является воспитание спортивной культуры человека, имеющего врождённые или приобретённые нарушения физического или психического развития, приобщение его к общественному опыту в области спорта, освоение технологических, интеллектуальных ценностей физической культуры и спорта.

Одним из направлений адаптивной физической культуры является спорт для инвалидов. В адаптивном спорте применяются различные виды: одни из них полностью перенесены от здоровых людей, другие адаптированы (приспособлены к ограниченным возможностям инвалидов), третьи - специфические, специально созданные для них. Прежде всего, выбор вида спорта зависит от степени и уровня поражения, показаний и противопоказаний, с учетом спортивно-медицинской классификации.

Адаптивный спорт для лиц с поражением органов опоры и движения наиболее полно и всесторонне отражает основные задачи адаптивной физической культуры. Он получил широкое распространение не только за рубежом, но и в России. Кроме того, он имеет явно выраженную поступательную тенденцию развития. Доказательством тому служат Паралимпийские игры, проводимые в мире с 1960 года и участие в них России с 1996 года.

ГЛАВА I. СВОД ПРАВИЛ ПО МЕДИЦИНСКОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ В ВОЛЕЙБОЛЕ

1.1. Основные принципы классификации

Классификация спортсменов с ограниченными возможностями требует скрупулезного подхода и осуществляется по двум направлениям - медицинскому, основанному на определении у спортсменов «остаточного здоровья» (или степени имеющегося поражения функций), и по спортивно-функциональному, предполагающему разделение участников состязаний на классы с учетом спецификации двигательной деятельности в каждом конкретном виде спорта. В настоящее время в мировом сообществе сложилось несколько направлений функционирования адаптивного спорта. Наибольшее распространение и признание мировой общественности получили три из них: паралимпийское, сурдолимпийское и специальное олимпийское. В качестве квалификационного признака выделения этих видов до 1986 года выступали нозологические группы (виды заболеваний, инвалидности) участвующих в них спортсменов.

К наиболее **значимым принципам** классификации спортсменов-инвалидов относятся:

- максимально возможное уравнивание шансов спортсменов на победу в рамках одного класса, то есть осуществление подбора лиц в один класс с одинаковыми функциональными ограничениями или, по-другому, с равными функциональными возможностями (принцип справедливости);

- максимальный охват лиц обоего пола с различными видами патологии и степенью ее тяжести (принцип максимального вовлечения);

- периодическое переосвидетельствование спортсменов, дефекты которых не носят необратимого характера (принцип постоянного уточнения). В спортивных играх принципы справедливости и максимального вовлечения являются основанием для требования одновременного участия в состязании инвалидов с различной степенью тяжести поражений (в тех видах адаптивного спорта, где учитывается тяжесть поражения).

В отечественной литературе чаще всего используются следующие понятия[6]:

- 1) медицинская классификация;
- 2) спортивно-функциональная классификация.

1.2. Медицинская классификация

Медицинская классификация предусматривает распределение лиц с ограниченными возможностями здоровья на классы (группы) или выделение в

отдельный класс (группу), исходя из наличия у них оставшихся структурных и (или) функциональных возможностей или, что по процедуре выявления то же самое, исходя из степени (тяжести) поражения. Распределение на классы или выделение в отдельный класс, дающий основание для участия в соревновательной деятельности по конкретному виду адаптивного спорта или их группе, осуществляется в медицинской классификации именно по медицинским критериям без учета специфики самой спортивной деятельности. Отсюда и ее название - медицинская.

В паралимпийском движении используется второй вид классификации – спортивно - функциональная, которая предусматривает распределение спортсменов на классы, исходя из особенностей конкретного вида адаптивного спорта, специфики его соревновательной деятельности, но с учетом предшествующей ей медицинской классификации. Другими словами, спортивно-функциональная классификация, по существу, формирует классы спортсменов для участия в состязаниях по конкретному виду адаптивного спорта с опорой на показатели медицинской классификации.

Порядок, процедура и условия классификации спортсменов по степени их функциональных возможностей, заявленных для участия в соревнованиях, указываются в правилах соревнований по паралимпийским видам спорта. Указанные порядок, процедура и условия классификации не могут иметь существенных отличий от соответствующих порядка, процедуры и условий классификации, принятых Международным паралимпийским комитетом и (или) его уполномоченными для этого структурами, и (или) соответствующими международными спортивными федерациями инвалидов.

Число классов спортсменов для участия в соревнованиях в каждом паралимпийском виде спорта определяется комитетом (комиссией) по этому виду спорта национального паралимпийского комитета и соответствующей федерации по паралимпийскому виду спорта на основе решения соответствующих комитетов (комиссий) Международного паралимпийского комитета или международных спортивных федераций инвалидов.

Изменение числа классов может осуществляться на основании изменений (увеличения или уменьшения) функциональных различий спортсменов, выявленных в ходе соревнований, а также изменений числа спортсменов в пределах одного класса. В соответствии с классификацией степень функциональных возможностей определяется в каждом паралимпийском виде спорта в отдельности. Полномочия международным классификаторам на Паралимпийских играх предоставляются соответствующими международными спортивными организациями в области паралимпийского спорта. Полномочия классификаторам национального и регионального уровней предоставляются соответствующими национальными спортивными федерациями по паралимпийским видам спорта. Каждая спортивная федерация по паралимпийским видам спорта и ее региональные отделения (представительства) должны иметь по всем признанным и функционирующим видам спорта регистр уполномоченных (имеющих соответствующую

лицензию) классификаторов. Все уполномоченные классификаторы, вне зависимости от уровня их полномочий, должны исполнять свои обязанности в рамках норм поведения для классификаторов, определенных Международным паралимпийским комитетом.

Существует много классификационных признаков для разделения спортсменов, занимающихся адаптивным спортом, на те, или иные группы (классы). Атлеты, занимающиеся адаптивным спортом, разделяются на лиц: с поражением зрения, опорно-двигательного аппарата (которые в свою очередь, делятся еще на четыре группы), слуха, интеллекта; перенесшие инфаркт миокарда, операции по пересадке тканей и органов (трансплантанты); имеющие заболевания органов дыхания, например астму и др. Количество таких групп с каждым годом становится все больше.

Для спортсменов, имеющих поражение различных органов и систем, устанавливаются различные: **критерии минимального уровня поражения:**

1) для лиц с ампутациями конечностей - ампутация одной конечности проходит, по крайней мере, через запястье (для верхних конечностей) или голеностопный сустав (для нижних конечностей);

2) для спортсменов, отнесенных к категории «прочие»: уменьшение мышечной силы верхних и нижних конечностей на 15 баллов (по результатам мануально-мышечного тестирования (ММТ));

3) для лиц с церебральным параличом:

а) минимальная форма гемиплегии (паралич одной конечности) или квадриплегии (паралич 4-х конечностей), позволяющая бегать без асимметрии;

б) плохо выраженное заболевание руки или ноги;

в) могут иметь место физические недостатки в легкой форме с отсутствием координации движений. Спортсмен должен доказать реальный и объективный функциональный физический недостаток (если ненормальность может быть выявлена только детальной неврологической проверкой и вряд ли явно проявляется в процессе классификации и не очевидно, что воздействует на выполнение движений, то атлет не допускается до соревнований);

4) для лиц с последствиями травм позвоночника и спинного мозга - 70 или менее баллов по результатам мануально-мышечного тестирования (ММТ) мышечной силы нижних конечностей (максимальный показатель для нижних конечностей 80 баллов - по 40 баллов для каждой ноги, что характерно для здорового человека)[8].

Следующий классификационный признак, позволяющий разделить всех занимающихся адаптивным спортом на две группы, исходит из наличия или отсутствия дифференциации спортсменов на классы после отнесения их к лицам, имеющим право участвовать в соревнованиях по адаптивному спорту.

К первой группе спортсменов по этому основанию деления относятся лица с поражениями опорно-двигательного аппарата и зрения.

Ко второй группе - лица с поражениями слуха и интеллекта (как по версии INAS-FID, так и по SOI).

У лиц с поражениями опорно-двигательного аппарата в зависимости от вида патологии выделяется различное количество классов:

- у инвалидов с врожденной или приобретенной ампутацией конечностей выделяется девять классов;

- у лиц, отнесенных к категории «прочие», - шесть классов;

- у лиц с церебральными поражениями (нарушениями мозговой двигательной системы) - восемь;

- у лиц с последствиями травм позвоночника и спинного мозга - шесть, однако первый класс подразделяется на три подкласса (А, В, С), а шестой класс является подклассом пятого и выделяется только для плавания[8].

Классификация спортсменов с ампутациями

Класс А1. Двусторонняя ампутация бедра (независимо от длины культы).

Класс А2. Односторонняя ампутация бедра; односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией стопы другой ноги по Пирогову; односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией стопы другой ноги на различном уровне; односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией голени другой ноги.

Класс А3. Двусторонняя ампутация голени; односторонняя ампутация голени в сочетании с ампутацией стопы другой ноги по Пирогову; двусторонняя ампутация стопы по Пирогову. Основным принцип отнесения к данному классу - потеря двух опор, даже если сохранился один коленный сустав.

Класс А4. Односторонняя ампутация голени; односторонняя ампутация голени в сочетании с ампутацией стопы другой ноги; двусторонняя ампутация стопы по Пирогову (хорошая опора на пятку). Минимальный физический недостаток для допуска к соревнованиям - ампутация должна проходить, по крайней мере, через голеностопный сустав.

Класс А5. Двусторонняя ампутация плеча (независимо от длины культы); двустороннее вычленение плечевого сустава.

Класс А6. Односторонняя ампутация плеча в сочетании с ампутацией стопы по Пирогову; односторонняя ампутация плеча в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне.

Класс А7. Двусторонняя ампутация предплечья; ампутация предплечья в сочетании с ампутацией плеча с другой стороны.

Класс А8. Односторонняя ампутация предплечья; минимальный физический недостаток - ампутация проходит по лучезапястному суставу; ампутация предплечья в сочетании с ампутацией стопы по Пирогову и другими ампутационными дефектами стопы.

Класс А9. Смешанная ампутация верхних и нижних конечностей; односторонняя ампутация предплечья в сочетании с односторонней ампутацией бедра; ампутация плеча в сочетании с ампутацией бедра; односторонняя ампутация предплечья в сочетании с ампутацией голени.

Классификация спортсменов, отнесенных к группе «прочие»

Класс 1. Значительное ограничение функций четырех конечностей.

Класс 2. Функциональные ограничения трех или четырех конечностей.

Класс 3. Ограничены необходимые функции, по меньшей мере, двух конечностей.

Класс 4. Ограничены двигательные функции двух или более конечностей, но ограничения менее значительны, чем в классе 3.

Класс 5. Ограничены функции одной конечности.

Класс 6. Незначительные ограничения необходимых функций[8].

Распределение спортсменов на группы по степени функциональных возможностей для занятий определенным видом спорта возлагается на учреждение и осуществляется один раз в год (в начале учебного года). Для определения группы по степени функциональных возможностей спортсмена с поражением опорно-двигательного аппарата приказом учреждения создается комиссия, в которую входят: директор учреждения, старший тренер-преподаватель (или тренер-преподаватель) по адаптивной физической культуре, врач (невролог, травматолог, спортивный врач). Если у спортсмена уже имеется класс, утвержденный классификационной комиссией субъекта РФ, комиссией спортивной федерацией инвалидов общероссийского уровня, или международной комиссией, то отнесение спортсмена к группе по степени функциональных возможностей осуществляется на основании его международного функционально-медицинского класса. В случае необходимости объединения в одну учебную группу занимающихся, разных по возрасту, функциональному классу или уровню спортивной подготовленности, разница в степени функциональных возможностей не должна превышать трех функциональных классов, разница в уровне спортивной подготовленности не должна превышать двух спортивных разрядов. В игровых видах спорта комплектование учебных групп производится с учетом композиции функциональных классов в команде в соответствии с правилами соревнований.

К группе III относятся лица, у которых функциональные возможности, требующиеся для занятий определенным видом спорта, ограничены незначительно, в связи с чем, они нуждаются в незначительной посторонней помощи во время занятий или участия в соревнованиях. К этой группе рекомендуется относить лиц, имеющих одно из перечисленных ниже поражений:

- нарушение зрения (класс B3),
- нарушение слуха, - умственная отсталость выше 60 IQ (как правило, спортсмены INAS-FID), - общие заболевания,
- ахондроплазия (карлики),
- детский церебральный паралич (классы C7-8), - ампутация или порок развития:
 - одной или двух нижних конечностей ниже коленного сустава, - одной или двух верхних конечностей ниже локтевого сустава,
 - одной верхней конечности ниже локтевого сустава и одной нижней конечности ниже коленного сустава (с одной стороны или с противоположных сторон),
 - контрактура суставов,

прочие нарушения опорно-двигательного аппарата, ограничивающие функциональные возможности спортсменов в мере, сопоставимой с вышеперечисленными.

К группе II относятся лица, у которых функциональные возможности, требующиеся для занятий определенным видом спорта, ограничиваются умеренно выраженными нарушениями. К этой группе рекомендуется относить лиц, имеющих одно из перечисленных ниже поражений[6]:

- нарушение зрения (класс B2),
- полная потеря слуха,
- умственная отсталость от 60 до 40 IQ,
- детский церебральный паралич (классы C5-6),
- ампутация или порок развития:
 - одной или двух нижних конечностей выше коленного сустава,
 - одной верхней конечности выше локтевого сустава,
 - одной верхней конечности выше локтевого сустава и одной нижней конечности выше коленного сустава (с одной стороны или с противоположных сторон),
- прочие нарушения опорно-двигательного аппарата, ограничивающие функциональные возможности спортсменов в мере, сопоставимой с вышеперечисленными.

К группе I относятся лица, у которых функциональные возможности, требующиеся для занятий определенным видом спорта, ограничены значительно, в связи с чем, они нуждаются в посторонней помощи во время занятий или участия в соревнованиях. К этой группе рекомендуется относить лиц, имеющих одно из перечисленных ниже поражений:

- полная потеря зрения (класс B1),
- детский церебральный паралич (классы C1-4, передвигающиеся в креслах-колясках),
- поражение спинного мозга, требующее передвижения в кресле-коляске
- высокая ампутация или порок развития: четырех конечностей или двух верхних конечностей,
- прочие нарушения опорно-двигательного аппарата, ограничивающие функциональные возможности спортсменов в мере, сопоставимой с вышеперечисленными.

Система классификации WOVD (Всемирная организация волейбола для инвалидов) нацелена на определение годности спортсмена к соревнованиям по волейболу сидя и волейболу стоя, а также на присвоение спортсмену соответствующего класса. В целом, система классификации WOVD соответствует правилам классификации МПК. Классификационный Кодекс и Международные Стандарты МПК (Международный паралимпийский комитет) утверждены Генеральной Ассамблеей МПК в ноябре 2007 года являются базовыми документами для соответствующих частей настоящего свода правил по медицинской и функциональной классификации WOVD. Для параграфов, неотраженных в данном документе, Кодекс и Стандарты являются

справочными документами. Целью системы классификации WOVD является минимизация влияния инвалидности спортсменов на результат соревнований. Система классификации WOVD нацелена на распределение спортсменов по классам в зависимости от степени влияния их инвалидности на специальные ключевые факторы успеха в волейболе сидя и волейболе стоя. В результате классификации, во время санкционированных соревнований WOVD, спортсмену устанавливается соответствующий международный классификационный статус. Международные классификаторы WOVD отвечают за применение настоящих правил классификации.

Пригодными для волейбола сидя и волейбола стоя WOVD являются следующие типы инвалидности: ампутации, поражения мышечной силы, ограничения движения суставов, нестабильность суставов, нарушение равновесия и координации. Заболевания имеют ортопедическую или неврологическую природу. Настоящая система классификации WOVD использует терминологию Международной Классификации Функционирования, Ограничения жизнедеятельности и Здоровья (МКФ, утвержденной Ассамблеей ВОЗ в 2001 году) в качестве базовой для унифицированной и стандартизированной классификации.

Медицинский и Научный Комитет WOVD должен санкционировать и проводить семинары по классификации волейбола, где будущие классификаторы могли бы получать знания о системе и её претворении в жизнь. Чтобы стать международным классификатором, человек должен быть выдвинутым своей национальной федерацией (или соответствующим органом) в качестве ученика международного классификатора, это выдвижение должно быть принято Медицинским и Научным Директором WOVD.

Классификация должна только рассмотреть и определить эффект, который оказывает поражение опорно-двигательного аппарата само по себе на спортивное выступление в плане особенностей игры в волейбол. Кроме того, способность игрока улучшать и максимизировать свою физическую функцию (или компенсировать свою инвалидность путём тренировок и развития навыков) не должна наказываться.

Волейбол сидя: все спортсмены с поражением опорно-двигательного аппарата.

Волейбол стоя: А, В, С, INAS-FID-интеллект, слабослышащие, SOI - интеллект, глухие.

Волейбол сидя и волейбол стоя с медицинской точки зрения классифицируется как вид спорта с умеренным/низким риском[8].

ГЛАВА II. ПРИЧИНЫ И ВИДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Движение является одним из основных проявлений жизнедеятельности организма, и всех его важнейших функций.

Нарушения опорно-двигательного аппарата (ОДА) могут носить как врожденный, так и приобретенный характер. Отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.

2.1. Заболевания нервной системы

Детский церебральный паралич (ДЦП) - один из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Частота его появления достигает в среднем 6 на 100 новорожденных. Детский церебральный паралич возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе. При этом наиболее тяжело страдают «молодые» отделы мозга. ДЦП проявляется в виде различных двигательных, психических и речевых нарушений. Таким образом, при ДЦП страдают важные для человека функции: движения, психика и речь. Ведущими в клинической картине ДЦП являются двигательные нарушения, которые часто сочетаются с психическими и речевыми расстройствами. У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируется функция держания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы.

Полиомиелит - детский спинномозговой паралич, острое, высококонтагиозное инфекционное заболевание, обусловленное поражением серого вещества спинного мозга полиовирусом и характеризующееся преимущественно патологией нервной системы. В основном протекает в бессимптомной или стертой форме. Иногда случается так, что полиовирус проникает в ЦНС, размножается в мотонейронах, что приводит к их гибели, необратимым парезам или параличам иннервируемых ими мышц.

2.2. Врожденные патологии опорно-двигательного аппарата

- аномалии развития позвоночника (сколиоз) - боковое искривление позвоночника у человека. Искривление может быть врожденным или приобретенным;
- недоразвитие и дефекты развития конечностей;
- вывих бедра – патологическое смещение головки бедренной кости за пределы вертлужной впадины;

- кривошея - заболевание, вызванное изменением мягких тканей, скелета и нервов шеи, выраженное наклонным положением головы с поворотом её в противоположную сторону;
- деформации стоп - устойчивое изменение естественного вида стопы, обусловленное изменением формы или длины одной, или нескольких костей, укорочением сухожилий или нарушениями со стороны связочного аппарата;
- аномальное развитие пальцев кисти;
- артрогрипоз - множественные искривления конечностей с ограничением и отсутствием движения в суставах.

2.3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- полиартрит, заболевание костей (туберкулез, остеомиелит, опухоли костей);
- системные заболевания скелета (рахит, миопатия, хондродистрофия).

2.4. Особенности реабилитации при дефектах нижних конечностей

Из всех нуждающихся в профессиональной реабилитации 70% - лица с патологией опорно-двигательного аппарата.

Реабилитация лиц с поражением опорно-двигательного аппарата не должна ограничиваться только медицинскими и физическими реабилитационными мероприятиями, но также должна включать коррекцию нервно-психических расстройств, которые, в свою очередь, могут отразиться на формировании интеллектуального развития, а также адаптивный спорт. У этих индивидов нередко отмечается склонность к невротическим расстройствам. Причинами этих расстройств являются: двигательная недостаточность и сверх опеки при воспитании. Система коррекционного воспитания и обучения, формирующая у инвалида чувство своей нужности, полезности в известной степени препятствует возникновению личностных качеств, связанных с ощущением своей физической неполноценности. Этому способствуют, в частности, социальные программы (системы) воспитания и обучения.

Потеря нижней конечности (конечностей) приводит к снижению трудоспособности и двигательной активности (гипокинезия, гиподинамия), нарушениям обмена веществ и функционального состояния центральной нервной системы, является серьезной психологической травмой и стрессорным фактором. Гипокинезия и расстройства обмена углеводов и липидов (повышение содержания холестерина в крови). Наиболее выраженные

нарушения отмечаются со стороны аппаратов кровообращения и дыхания (снижение сократительной функции сердца, тенденция к повышению артериального давления и др.). Следовательно, у этой группы инвалидов имеется высокая угроза развития таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца. Адаптивная физическая культура способствует формированию нового функционального состояния (специальной системы адаптации), характеризующегося приспособлением к дефекту, компенсацией нарушенных функций внутренних органов, нормализацией обмена веществ, психической и эмоциональной деятельностью, предупреждением развития различных заболеваний.

Эффективность физических тренировок обусловлена структурой движений, последовательностью, регулярностью, частотой и продолжительностью занятий, интенсивностью выполнения физических упражнений, индивидуальным подходом к выбору их, оптимальным режимом отдыха.

В экономически развитых странах подсчитано и доказано, что средства, вложенные в инфраструктуру, адаптированную для нормальной жизни людей с инвалидностью, полностью себя оправдывают. При этом не только уменьшаются затраты на лечение инвалидов и сокращается число людей, вынужденных отрываться от основных видов деятельности, ухаживая за заболевшими родственниками, но и более эффективно используется трудовой потенциал самих инвалидов, повышается их жизненный уровень. Кроме того, резко снижается социальная напряженность, создается благоприятная морально-психологическая обстановка в обществе.

2.5. Показания, ограничения и противопоказания к физическим нагрузкам лицам с нарушением опорно-двигательного аппарата

Огромное значение в адаптивной физической культуре имеет объективный и обоснованный допуск к тренировочным занятиям и соревновательной деятельности инвалидов с различной патологией опорно-двигательной системы. Допуск должен осуществляться специалистами врачебно-физкультурного диспансера или других специализированных учреждений, обладающих опытом работы в данной области и квалифицированным персоналом. Решение этого важного вопроса без учета изменений, происходящих в организме человека вследствие травмы, заболевания или же ампутации конечностей, состояния регуляторных систем, адаптационных реакций, морфофункциональных изменений и других специфических особенностей, может стать причиной тяжелых осложнений, срыва компенсации. В связи с этим одним из основополагающих принципов привлечения инвалидов к физическим тренировкам является строгое соблюдение показаний, ограничений и противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом, проведение комплексных функциональных

исследований различных систем организма и оценка резервных возможностей, физической работоспособности, психологической готовности, личностной мотивации и других показателей.

Физические упражнения в той или иной форме показаны практически всем инвалидам молодого и среднего возраста с двигательными нарушениями.

Физкультурно-оздоровительная и спортивная работа должна начинаться после завершения этапа медицинской реабилитации в условиях специализированного стационара. Исходными условиями для занятий являются: наличие медицинских показаний и отсутствие противопоказаний; устойчивая мотивация, интерес и функциональные предпосылки; стабилизация, достигнутая в результате восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий после травмы или заболевания.

Всем людям с инвалидностью с поражением опорно-двигательной системы показаны физические упражнения силового, скоростного, скоростно-силового характера для развития общей и специальной выносливости, для развития гибкости, для развития координационных способностей и др.

К **противопоказаниям** относятся:

- лихорадящие состояния, гнойные и воспалительные процессы, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные заболевания;

- сердечно - сосудистые заболевания: ишемическая болезнь сердца с выраженными нарушениями коронарного кровообращения, стенокардия покоя и напряжения, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью; аневризма сердца или аорты; миокардиты любой этиологии; декомпенсированные пороки сердца; тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости; сердечно-сосудистая недостаточность; гипертоническая болезнь II и III стадии;

- хронические неспецифические заболевания легких с дыхательной недостаточностью II – III степеней, хроническое легочное сердце, декомпенсированное с недостаточностью кровообращения; бронхиальная астма тяжелой формы;

- угроза кровотечения (кавернозный туберкулез, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с склонностью к кровотечению); угроза тромбоэмболии;

- заболевания крови (в том числе анемия);

- последствия перенесенных черепно-мозговых травм со склонностью к повышению внутричерепного давления с угрозой эпилептических припадков с выраженным вестибулярным синдромом, паркинсонизмом и др.;

- сосудистые заболевания (атеросклероз, церебральные васкулиты) с хронической недостаточностью мозгового кровообращения;

- последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с умеренным и выраженным нарушением функции (парезы,

параличи, гиперкинезы и др.), нарушения спинального кровообращения (с локализацией в шейном отделе);

- нервно-мышечные заболевания (миопатия, миастения);
- рассеянный склероз с умеренными и выраженными двигательными, координационными нарушениями без четких и длительных ремиссий;
- злокачественные новообразования;
- циррозы печени с недостаточностью функции печени, желчнокаменная болезнь с частыми приступами печеночной колики и недостаточностью функции печени;
- мочекаменная болезнь с частыми приступами, хронический диффузный нефрит с хронической почечной недостаточностью;
- хронический гепатит любой этиологии;
- хронический панкреатит в стадии декомпенсации, тяжелая форма;
- близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне, состояние после отслойки сетчатки, глаукома любой степени;
- сахарный диабет тяжелой формы, осложненный ретинопатией (заболевания глаза), нефропатией (заболевания почек), ангиопатией (заболевания глаз);
- эпилепсия со средней частотой и частыми судорожными припадками;
- остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами дисков, спондилолистезом, миелопатией (заболевания позвоночника), болевым синдромом, вертебробазиллярной недостаточностью (сосуды);
- психические заболевания (шизофрения, депрессивно - маниакальные состояния, острые психозы и прочие);
- детские церебральные параличи с резко выраженным мышечным тонусом, усиливающимся при физической активности.

Помимо этого, имеются определенные ограничения и противопоказания, обусловленные непосредственно самим заболеванием или патологическим процессом, повлекшим инвалидность. Так, среди людей с инвалидностью с поражением опорно-двигательной системы особого внимания при решении вопроса о допуске к физическим тренировкам требуют лица, перенесшие травмы позвоночника и страдающие парапарезами и параплегиями (нарушение моторной или сенсорной функции нижних конечностей). К регулярным занятиям могут допускаться инвалиды с поражением спинного мозга на различных уровнях, оперированные или прошедшие курс консервативного лечения. После легких травм или травм средней тяжести занятия могут начинаться через 6 месяцев с постепенным увеличением нагрузки под обязательным медицинским наблюдением; после тяжелых травм – через 1 год, за исключением шейного отдела.

После перенесенной нейроинфекции (ЦНС) занятия следует начинать в стадии ремиссии не ранее чем через год.

Сосудистый процесс в шейном отделе спинного мозга является противопоказанием для любых занятий спортом. При локализации процесса в

грудном или поясничном отделах занятия могут начинаться через год после перенесенного заболевания.

После удаления доброкачественных опухолей спинного мозга занятия спортом следует начинать через 6 месяцев, в занятиях ЛФК можно использовать элементы спорта с постепенным увеличением их объема.

При заболеваниях позвоночника, в частности при остеохондрозе шейного отдела, противопоказаны резкие движения в шейном отделе, упражнения, связанные с осевыми нагрузками (бег, прыжки, соскоки), любые упражнения, сопровождающиеся болевыми ощущениями в позвоночнике. При остеохондрозе пояснично-крестцового отдела – силовые упражнения, увеличивающие осевую нагрузку, резкие движения и упражнения, усиливающие сотрясения позвоночника, упражнения, способствующие увеличению подвижности в пояснично-крестцовом отделе, любые упражнения, сопровождающиеся болевыми ощущениями.

При сколиозе противопоказаны упражнения с отягощениями (тяжелая атлетика), чрезмерная подвижность позвоночника, художественная и спортивная гимнастика, аэробика, упражнения, связанные с сотрясением позвоночника (прыжки), виды спорта с асимметричной нагрузкой.

ГЛАВА III. ИСТОРИЯ, ПРАВИЛА ВОЛЕЙБОЛА СИДЯ

3.1. История волейбола сидя

В 1953 году в Нидерландах был образован первый спортивный клуб для инвалидов.

Атлетика и Зитцбаль (Sitzbal), родившиеся в Германии, были основными видами спорта.

В 1956 году Датский Спортивный Комитет ввёл новую спортивную дисциплину, именуемую волейболом в положении сидя и ставшую комбинацией Sitzbal и волейбола.

С тех пор волейбол в положении сидя развился в одну из крупнейших спортивных дисциплин, практикуемую в Нидерландах на соревнованиях как инвалидов, так и «здоровых» игроков волейболистов с травмой лодыжки или колена. Международные соревнования проходили уже с 1967 года, но лишь в 1978 году Международная Спортивная Организация Инвалидов (ISOD) включила волейбол сидя в свою программу.

Первый Международный Турнир под эгидой ISOD прошёл в 1979 году в Харлеме (Нидерланды). В 1980 году он был признан Паралимпийским видом спорта с участием семи команд.

Развитие этого вида спорта на международном уровне можно назвать бурным. Во всём мире создавались реабилитационные клиники и ежегодно проводились Всемирные, Европейские и региональные чемпионаты.

В 1981 году в Бонне состоялся первый официальный чемпионат Европы по волейболу сидя с участием десяти команд. С 1983 года разыгрываются чемпионаты мира для мужских команд и с 1993 года — для женских. В 2004 году женский волейбол сидя дебютировал на Паралимпийских играх.

В России волейбол сидя начал развиваться с конца 80-х годов прошлого века. В основном развитие этого вида спорта происходило в Московском регионе, на Урале и в Сибири. Центром мужского волейбола сейчас является город Екатеринбург, Омск, Сургут, женского – город Москва, Новочеркасск, Санкт-Петербург.

Чемпионат России проводится 1 раз в году, у мужчин, как правило, в Екатеринбурге или Омске, у женщин – в Москве или Подмоскowie. У мужчин в Чемпионате России принимают участие около 12-14 команд, у женщин 5-8 команд (рис.2).



Рис.2-Волейбол сидя[6]

3.2. Особенности волейбола сидя

Классами для волейбола сидя являются D - Disabled (есть Инвалидность) и MD - Minimally Disabled (Минимальная Инвалидность).

В волейболе сидя важны следующие игровые функции:

1. Подача.
2. Приём мяча снизу.
3. Атакующий удар.
4. Блокирование.
5. Передвижение по площадке в положении сидя на полу.

Верхние конечности вовлечены в эти ключевые функции волейбола сидя. Поэтому функции верхних конечностей чрезвычайно важны при измерении влияния поражения. Из вышеописанного следует, что движения на площадке составляют 50% общей функциональности верхних конечностей. Статус минимальная инвалидность даётся, когда общая функциональность верхней конечности ниже 50% (считая одну конечность), при использовании протеза размер и форма не могут превышать другую руку.

На площадке в команде может быть максимум 1 игрок MD. В любое время команда может иметь максимум 2 игроков MD. Это техническое

правило, которое действует для Паралимпийских Игр, Чемпионатов Мира и Зональных Чемпионатов. Это правило может быть изменено по усмотрению организаторов других (не упомянутых выше) турниров по договорённости с Зональным Менеджером. В последнем случае изменение формулы должно быть без изменения действующей классификации игроков.

В составе команды не должно быть более 2-х спортсменов со следующими заболеваниями:

1. Дисплазия коленного или тазобедренного сустава.
2. Эндопротезис колена или бедра.
3. Нарушение кровообращения нижних конечностей.
4. Неустойчивость колена на 1,5см (вперёд/назад).
5. Вывих плечевого сустава.
6. Явное ограничение вращательного движения нижних конечностей.

Наличие данных заболеваний подтверждается медицинским заключением, представляемым руководителем команды в медицинскую комиссию. Игрокам на площадке запрещается использовать подкладок (нашивок) и протезов.

В каждой **мужской** команде имеют право участвовать спортсмены не моложе 15 лет. Одновременно на корте могут находиться один спортсмен с минимальным поражением ОДА и один здоровый спортсмен. В команде, в составе 12 игроков могут быть заявлены не более 2-х спортсменов, имеющих медицинский классификационный статус минимального поражения ОДА и три здоровых спортсмена.

В каждой **женской** команде имеют право участвовать спортсмены не моложе 15 лет. Одновременно на корте могут находиться один спортсмен с минимальным поражением ОДА и два здоровых спортсмена. В команде, в составе 12 игроков могут быть заявлены не более 2-х спортсменов, имеющих медицинский классификационный статус минимального поражения ОДА и три здоровых спортсмена.

Медицинская классификация по волейболу сидя с указанием заболеваний, соответствующих статусу минимального поражения ОДА и статусу основного поражения ОДА, находится на сайте Всероссийской федерации спорта лиц с ПОДА[8].

3.3. Различия классического от сидячего волейбола

1. Размер игровой площадки 18х9м. Размер игровой площадки 10х6м.
2. Линия атаки до средней линии 3м. Линия атаки до средней линии 2м.
3. Длина сетки 9,5м., ширина 1м. Длина сетки 6,5м., ширина 0,80м.
4. Для женщин высота сетки 2,24м., для мужчин 2,43м. Для женщин высота сетки 1,05м, для мужчин 1,15м.
5. Снаряжение игроков может включать длинное трико в волейболе сидя.

6. Команда состоять может из 12 человек, 2 из которых классифицируемых «как минимально нетрудноспособные», одного врача, одного тренера, одного инструктора.
7. На площадке может присутствовать игрок из класса «С» и игрок из класса «А». На площадке может присутствовать только один классифицируемый игрок «как минимально нетрудноспособный». В классическом волейболе позиции игроков контролируются по позициям их ступней, игрок на подаче не должен ступней касаться линии площадки, блокирование подачи – ошибка, игрокам передней линии не разрешено выполнять нападающий удар на подаче соперника, первый арбитр выполняет свои функции, сидя или стоя на подставке для арбитра у края сетки.
8. Позиции игроков в волейболе сидя контролируются по позициям их ягодиц, игрок на подаче не должен касаться ягодицами линии площадки, блокирование подачи разрешено игрокам передней линии, первый арбитр выполняет свои функции, стоя на полу у края сетки, игрок во время прикосновения мяча не имеет право отрывать от пола ягодицы, игрокам передней линии разрешено на подаче соперника выполнить нападающий удар, если мяч выше верхнего троса.

В остальном: счёт, замены, переходы, перерывы, игрок «либеро» и т.д. всё соответствует правилам классического волейбола[6].

3.4. Всероссийская Федерация спорта лиц с поражением опорно-двигательного аппарата

Всероссийская Федерация спорта лиц с поражением опорно-двигательного аппарата является основанной на членстве некоммерческой, социально-ориентированной общественной организацией, созданной с целью координации и объединения усилий членов Федерации для защиты прав и законных интересов инвалидов и реализации уставных целей и задач.

Целями Федерации являются:

- 1) развитие вида спорта «спорт лиц с поражением опорно-двигательного аппарата» в Российской Федерации (паралимпийских и непаралимпийских дисциплин), его организация, пропаганда, проведение спортивных мероприятий и подготовка спортсменов-членов спортивных сборных команд России;
- 2) общая и всесторонняя поддержка спорта лиц с поражением ОДА;
- 3) содействие физическому и духовному воспитанию и реабилитации лиц с поражением ОДА на международной арене;
- 4) координация усилий всех организаций, способствующих развитию спорта инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата (паралимпийских и непаралимпийских дисциплин), и содействие созданию единой высокоорганизованной системы спорта лиц с поражением ОДА России на законодательной основе;
- 5) благотворительность и милосердие;
- 6) содействие интеграции спорта лиц с поражением ОДА в отечественное и международное спортивное движение с учетом специфики каждой категории инвалидности, сохраняя и оберегая индивидуальность спорта лиц с поражением ОДА[5].

Глава IV. ВОЛЕЙБОЛ СТОЯ

В волейболе стоя создаются соответствующие функциональные профили для описания потери функциональности. Профили должны подходить соответственно классам А, В и С. В любое время в команде может быть максимум 1 игрок А и минимум 1 игрок С на площадке. Годными к участию в соревнованиях являются игроки с минимальной инвалидностью, как определено в Классификационных Таблицах.

Ношение протеза верхней конечности на площадке меняет классификацию игрока с В на А (АНЛ) или с С на В (АВЛ) для волейбола стоя. Ношение ортеза верхней конечности не меняет классификацию игроков до тех пор, пока он не увеличивает длину руки/культы. Ношение протеза или ортеза нижней конечности на площадке не меняет классификацию игроков, кроме того случая, когда игрок с АНК принимает решение не носить протез на площадке, в этом случае игрок считается как С. Игрок, классифицированный CPISRA или ISMWSF с поражением более выраженным, чем указанное в таблицах, который хочет играть в волейбол стоя, должен быть помещён в тот класс, который наилучшим образом соответствует его инвалидности. Игрок с заменой тазобедренного сустава, коленного или голеностопного - автоматически не является годным, он должен быть классифицирован на основе системы классификации ПРОЧИЕ и ему должен быть установлен соответствующий класс. В большинстве случаев игроки с вышеупомянутым эндопротезом классифицируются как А. Замечание: игрокам с **эндопротезом** сустава нижних конечностей с медицинской точки зрения не рекомендуется играть в волейбол стоя. Лица с заболеванием, травмой или инвалидностью без измеряемого и наблюдаемого функционального или анатомического поражения признаются негодными к участию в соревнованиях. Пример: нефункциональный сустав: кисть - скованность в положении более 80 градусов ладонного сгибания; пальцы - скованность в положении сгибания в ПФС (пястно-фаланговый сустав) более 80 градусов со всеми МФС (межфаланговый сустав) на той же стороне, неспособными сгибаться более чем на 30 градусов. Скованность: амплитуда движений сустава физически ограничена (артродез, серьёзные ожоги и т.д.) так, что общая дуга движения меньше или равна 10 градусам. Ношение протеза нижней конечности на площадке не изменяет классификацию игрока в ВСТ (волейбол стоя). Ношение протеза верхней конечности на площадке должно менять классификацию игроков с В на А (АНЛ) с С на В (АВЛ) для волейбола стоя[8].

Следующие игровые функции должны рассматриваться в волейболе стоя:

1. Подача.
2. Приёмы мяча снизу.
3. Приём мяча сверху.
4. Атакующий удар.
5. Блокирование.
6. Передвижение по площадке[6].

ГЛАВА V. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СОРЕВНОВАНИЙ ПО АДАПТИВНОМУ ВОЛЕЙБОЛУ

Организационный комитет обязан предоставить медицинскую помощь во время соревнований в достаточном количестве. Не должно быть соревнований или тренировок без присутствия медицинского/парамедицинского персонала. По крайней мере, один сотрудник по оказанию первой помощи или другой специалист со сходной квалификацией должен присутствовать во время тренировок и матчей. Во время игр должен присутствовать врач сразу за боковой линией. Во время тренировок сотрудник по оказанию первой помощи должен быть на спортплощадке. На церемониях открытия и закрытия также должна быть система предоставления первой помощи и срочной эвакуации, количество медицинского персонала зависит от количества зрителей.

Эти правила только частично отражают правила по оказанию медицинской помощи для организаторов турнира. Порядок организации медицинской и функциональной классификации содержится в другой части нынешнего свода Медицинских Правил WOVD. Медицинская (первой помощи) комната должна быть выделена и легкодоступна как с игровой площадки, так и с точки зрения транспортировки травмированного в медицинское учреждение (прикреплённая больница). Медицинская зона на спортплощадке должна быть оборудована аптечкой первой помощи, льдом, средствами перевязки, достаточным освещением, иметь доступ к воде, кушетку, раковину, полотенца, носилки, инвалидную коляску и прочие необходимые вещи. Пакеты со льдом и заморозкой должны быть в наличии на спортплощадке. Необходимо разместить указатели направлений. Всё это необходимо хорошо продумать заранее, карты с обозначением комнаты первой помощи должны быть розданы всему медицинскому персоналу и каждой команде-участнице. Медицинский пункт на спортплощадке должен заниматься лечением травмированных спортсменов, тренеров, менеджеров и официальных лиц в данной последовательности. Срочная эвакуация должна быть организована на площадке или по вызову в любое время. Список заболеваний каждого спортсмена должен предоставляться медицинскому персоналу площадки по его запросу.

Выделенная больница. Спортсмены и официальные лица с заболеваниями или травмами, требующими дальнейшего лечения, должны быть доставлены курьером или на скорой помощи в выделенную больницу. Хотя волейбол сидя является видом спорта с низким и умеренным риском, в больнице должны иметься условия для исследования и лечения травм и общих медицинских заболеваний.

Место размещения. Аптечка первой помощи и срочная эвакуация должны быть доступны по запросу в выделенных отелях.

Информация о наличии медицинской помощи должна быть включена в общие информационные пакеты турнира. Должны быть напечатаны и доступны

номера телефонов выделенного медицинского персонала, больницы и экстренной круглосуточной помощи и её медицинского координатора.

Записи о медицинских проблемах каждого спортсмена и официального лица должны сохраняться.

Организатор должен предусмотреть ремонт инвалидных колясок и протезов (с акцентом на протезы ног) для аккредитованных спортсменов и официальных лиц[8].

ГЛАВА VI. МЕТОДИКА ОБУЧЕНИЯ ВОЛЕЙБОЛУ СИДЯ И СТОЯ

Основополагающую роль в построении процесса обучения навыкам игры в волейбол (сидя) играют структура соревновательной деятельности и факторы, определяющие ее эффективность в волейболе. Следует выделить такие основные положения.

Основу волейбола составляет игровая деятельность, которая носит характер соревновательного противоборства, регламентируемого специальным кодексом правил. Речь идет о соревновательной игровой деятельности волейболистов.

Для игровой деятельности характерны постоянно изменяющиеся условия борьбы на площадке в связи с тем, что действия игроков и команды находятся под непрерывным контролем соперника, старающегося разрушить защиту, атаку и т. п., навязать свой план игры и этим нанести поражение. Этим объясняется характерная для волейбола черта — сложность и быстрота решения двигательных задач в непрерывно изменяющихся условиях. Волейболист должен учитывать расположение игроков на площадке (своих и команды противника) и положение мяча, предугадывать действия партнеров и разгадывать замысел противника, быстро реагировать на изменения в сложившейся обстановке и принимать решение о наиболее целесообразном действии, своевременно (как правило, очень быстро) и эффективно его выполнять.

Коллективный характер действий игроков команд определяет требования к их игровой организации. Владение техникой, индивидуальной тактикой и наличие достаточной физической подготовленности являются условиями, лишь необходимыми для успешной игры команды, но далеко не достаточными. Помимо этого, необходимы отлаженные взаимодействия и отношения между отдельными игроками внутри звеньев, между звеньями и в команде в целом.

Особенность структуры соревновательной игровой деятельности состоит в большом количестве (арсенале) соревновательных действий — технических приемов и тактических действий, а также в необходимости выполнять их многократно в процессе соревнования (в одной встрече, в серии встреч) для достижения спортивного результата (выигрыша встречи, соревнования). В видах спорта с единичными соревновательными упражнениями (например, прыжки, метания) оптимальное сочетание двух факторов — двигательного потенциала и рациональной структуры движения в принципе даже при однократной попытке приводит к фиксации спортивного результата (высота прыжка, дальность метания). В волейболе, кроме этого важнейшее значение имеют тактические действия как форма реализации технико-физического потенциала спортсменов в специфической — игровой — соревновательной деятельности. К этому надо добавить, что соревнование, как правило, состоит из нескольких игр и длится несколько дней.

Специфика волейбола отчасти заключена в самом названии игры: «волей» в переводе с английского означает «на лету», «бол» — «мяч». Суть в том, что все технические приемы выполняются в условиях кратковременного прикосновения руками к мячу. Этим обусловлено наличие в движениях волейболистов ударных действий.

С учетом структуры соревновательной игровой деятельности можно определить круг факторов, влияющих на эффективность соревновательной игровой деятельности. Наиболее существенными факторами являются:

- оснащенность спортсменов техническими приемами и тактическими действиями (арсенал техники и тактики);

- «применяемость» технико-тактического арсенала (умение применять в игре и соревнованиях изученные технические приемы и тактические действия); эффективность (выигрыш, ошибки) игровых действий; мастерство выполнения игровой функции;

- активность (творчество) в игре — с учетом избранного тактического плана и соблюдения игровой дисциплины; уровень развития специальных качеств и способностей.

Специфика игры обуславливает следующие основные направления методики обучения волейболу:

1. Развитие у занимающихся способности согласовывать свои действия с учетом направления и скорости полета мяча (дифференцировка пространственно-временных отношений).

2. Развитие специальных физических качеств, главным образом силы и быстроты сокращения мышц, от которых зависит овладение умением точно определять момент собственно воздействия руками на мяч.

3. Развитие быстроты сложных реакций, зрительной ориентировки, наблюдательности и других качеств, которые лежат в основе тактических способностей.

4. Овладение широким арсеналом (набором) технико-тактических действий, необходимых для успешного ведения игры.

Таким образом, отмеченные особенности игры предъявляют исключительно высокие требования к разносторонней подготовке занимающихся: уровню их физических и интеллектуальных качеств, навыков игры. Понятно поэтому, что высокая степень мастерства в волейболе может быть достигнута только при длительном планомерном и квалифицированном обучении[2,3,5,6].

6.1. Средства обучения и совершенствования

Основным средством в обучении волейболу являются физические упражнения. Их большое многообразие. Поэтому для того, чтобы выбрать те упражнения, которые в большей степени содействуют решению задач на определенном этапе обучения волейболу, их группируют на основе

классификации средств. Отправным принципом классификации служит соревновательная деятельность волейболистов. В связи с этим все упражнения делятся на две большие группы: основные или соревновательные и вспомогательные или тренировочные.

Соревновательные упражнения представляют собой собственно волейбол, т. е. то специфическое, что отличает его как вид спорта. Здесь технические приемы и тактические действия выполняют так, как это имеет место в игровой обстановке на соревнованиях.

Тренировочные упражнения призваны облегчить и ускорить овладение основными навыками и содействовать повышению их эффективности и надежности. Они складываются из специальных и общеразвивающих.

Специальные делят на *подготовительные*, главная задача которых заключается в развитии специальных физических качеств, необходимых в волейболе, и *подводящие*, направленные непосредственно на овладение структурой конкретных технических приемов. К подводящим также относят и имитационные упражнения, выполняемые без мяча.

Общеразвивающие упражнения используют для развития основных физических качеств и совершенствования жизненно важных двигательных умений и навыков.

Все упражнения соответственно своей направленности объединяют в составные части тренировки (виды подготовки): общая физическая, специальная физическая, техническая, тактическая, психологическая, теоретическая и интегральная (целостно-игровая). В каждом виде подготовки имеются свои ведущие средства, с помощью которых решают соответствующие задачи. В то же время упражнения одного вида подготовки тесно связаны с упражнениями других видов. Например, учащийся не может хорошо выполнить упражнение по технике атакующего удара при недостаточном уровне развития скоростно-силовых качеств. В этом случае окажутся более полезными специальные (подготовительные) упражнения, нежели увеличение количества повторений нападающего удара.

Эффективность средств в обучении волейболу сидя во многом, зависит от методов их применения. Выбор методов осуществляется с учетом задач, уровня подготовленности учащихся и конкретных условий работы. В зависимости от поставленной задачи одни и те же средства можно использовать по-разному, применив различные методы. Кроме этого, следует учитывать то, что последовательность задач в каждом виде подготовки и последовательность самих видов имеют определенную логическую связь: характер задач в одном виде подготовки качественно меняется, создавая основу для другого вида подготовки. Так, подготовительные упражнения заканчивают упражнениями, отражающими в общих чертах структуру изучаемого технического приема. Подводящие упражнения служат своеобразным мостиком для перехода от специальной физической подготовки к технической. Упражнения по технике, построенные в определенном порядке усложнения, способствуют формированию тактических умений. На этой основе в дальнейшем изучают

индивидуальные тактические действия и т. д. В конечном счете, одна составная часть подготовки, качественно переходит в другую, следующую в методическом ряду[2,3.6].

6.2. Методы обучения волейболу

Методы, применяемые в процессе обучения игре, удобнее рассматривать применительно к каждому этапу обучения.

Первый этап — ознакомление с разучиваемым приемом. Здесь используют рассказ, показ и объяснение. Личный показ тренер дополняет демонстрацией наглядных пособий: кинограмм, видеозаписей, схем, макетов площадки и т. д. Показ необходимо чередовать с объяснениями. Пробные попытки обучающихся формируют первые двигательные ощущения.

Второй этап — изучение приема в упрощенных условиях. Успех обучения на данном этапе во многом зависит от правильного подбора подводящих упражнений: по своей структуре они должны быть близки к техническому приему или тактическому действию и посильны для учащихся.

При разучивании простых приемов и действий их выполняют в целом. При разучивании сложных по структуре приемов и действий (атакующий удар) их разделяют на составные части, выделяя основное звено. По возможности, надо быстрее подвести учащихся к выполнению приема в целом. На этой стадии обучения используются методы управления (команды, распоряжение, зрительные и слуховые сигналы, зрительные ориентиры, технические средства и т.д.), двигательной наглядности (непосредственная помощь учителя, применение вспомогательного оборудования), информации (сила удара по мячу, точность попадания, световая или звуковая индикация).

Третий этап — изучение приема или действия в усложненных условиях. Здесь применяются: повторный метод, метод усложнений условий выполняемого приема (действия), игровой и соревновательный методы, сопряженный метод, круговая тренировка.

Повторный метод на этом этапе является основным. Только многократное повторение обеспечивает становление и закрепление умений и навыков. С целью формирования гибкого навыка повторность предполагает изменение условий (постепенное усложнение) выполнения приема (действия), включая выполнение его на фоне утомления. Сопряженный и игровой методы позволяют одновременно решать задачи по совершенствованию техники и развитию специальных физических качеств, а также технико-тактической подготовки и комплексной, игровой.

Четвертый этап предполагает закрепление приема (действия) в игре. Здесь используется метод анализа выполнения движений (графические, условно-кодированные, магнитофонные, видео), специальные задания в игре по технико-тактической подготовке, игровой и соревновательный методы. Изучение каждого приема предполагает обязательное закрепление его в

условиях подготовительных и учебных игр. Высшим уровнем закрепления навыка является соревнование. От простых заданий по технике и тактике, отдельным игрокам до сложных установок в плане взаимодействия в группах и в составе команды — таков путь в формировании технико-тактического мастерства волейболистов[2,3].

6.3. Обучение передачам мяча

Широкое внедрение в практику волейбола сидя приема мяча снизу (что позволяет избежать многочисленных ошибок) способствовало тому, что передача сверху мячей, летящих с большой скоростью (после подач и нападающих ударов), в настоящее время фактически не применяется.

В этой связи и техника передачи мяча сверху претерпела некоторые изменения, основным из которых является повышение места (точки) соприкосновения рук с мячом — вверху над лицом. Это обеспечивает более высокую точность и стабильность передач мяча. Этим изменением и обусловлена методика выполнения специальных упражнений.

Общеразвивающие упражнения в волейболе сидя

1. Сжимание и разжимание пальцев рук в положении руки вперед, в стороны, вверх.
2. Сжимание теннисного (резинового) мяча.
3. Сидя у стены одновременное и попеременное отталкивание ладонями и пальцами рук.
4. В упоре лежа сгибание и выпрямление рук.
5. Передвижение на руках вправо (влево) по кругу.
6. В парах сгибание и выпрямление рук с сопротивлением партнера.
7. Передвижение на руках, туловище удерживает партнер.
8. Броски баскетбольного (футбольного) мяча в стену двумя руками от груди, попеременно левой, правой.
9. Броски набивного мяча из различных исходных положений: от груди, из-за головы, снизу - сбоку, за голову.
10. Броски набивного мяча в зонах 6—3—4(2) с последующей сменой мест против часовой стрелки.

Подготовительные упражнения

1. Броски набивного мяча вперед-вверх из исходного положения вверху над лицом. Упражнение может выполняться как индивидуально (в стену), так и с партнером. Первоначально расстояние до стены 1м, до партнера — 2м. При ловле мяча руки напряжены и не опускаются ниже уровня головы. Скорость полета мяча погашается в основном за счет упругого противодействия кистей рук.

2. То же, но с изменением расстояния, траектории и направления. Задача партнера заключается в том, чтобы своевременно переместиться к мячу и поймать его вверху над лицом.

3. То же, но в ответ на зрительные сигналы партнера. Например, левая рука в сторону — толчок влево; правая рука в сторону — толчок вправо; рука вверх — толчок по высокой траектории; отсутствие сигнала — толчок над собой и т. д.

4. В тройках. Средний выполняет бросок набивного мяча за голову.

5. Броски двумя руками набивного мяча вперед-вверх.

6. Передачи набивного мяча на расстояние 20—30 см. Упражнение выполняется индивидуально над собой или в стену. Умение выполнять передачу набивного мяча является показателем достаточного уровня развития специальных физических качеств кистей и пальцев рук.

7. Передачи баскетбольного (футбольного) мяча на расстояние 1 м.

Подводящие упражнения

1. Имитация передачи мяча двумя руками сверху на месте и после передвижения. Упражнение начинается с основной стойки. Внимание акцентируется на следующих основных моментах техники: мяч приближается — выпрямиться и поднять руки вверх; погасить скорость полета мяча — незначительно согнуть руки в локтях; передать мяч — потянуться вперед-вверх, выпрямляя руки; принять исходное положение.

2. Обучение расположению кистей и пальцев рук на мяче. Мяч на полу. Кисти рук располагаются таким образом, чтобы большие пальцы были направлены друг к другу, указательные — под углом друг к другу, а все остальные обхватывают мяч сбоку - снизу. Мяч поднимается с пола в исходное положение над лицом. Упражнение повторяется 3—4 раза.

3. Передачи мяча вперед-вверх, подвешенного на шнуре.

4. Передачи мяча вперед-вверх после собственного набрасывания. Партнер ловит мяч сверху над лицом и после подброса над собой на расстояние 1 м выполняет передачу. В этом упражнении важно добиваться плавности движений рук до полного их выпрямления.

5. То же, но мяч набрасывает партнер. Вначале броски выполняются точно по определенной траектории, затем траектория и направление незначительно изменяются. Данное упражнение имеет решающее значение в усвоении техники передачи. Поэтому необходимо добиться правильного соблюдения ее основных моментов: своевременного передвижения к мячу с касанием его сверху над лицом; синхронного и плавного выпрямления рук.

6. Передача мяча в стену. Использование этого весьма эффективного упражнения возможно только в том случае, если учащиеся усвоили в целом технику передачи. Это объясняется значительным усложнением условной передачи — сокращением пространственно-временных параметров полета мяча. Поначалу не следует использовать мишени на стене. Стремление к точности на данном этапе отрицательно скажется на технике передачи. Если учащемуся не удастся серийное выполнение передач, необходимо упростить условия — выполнять передачи после бросков и отскока мяча от стены. Расстояние до стены 2 м, высота передач 2,5—3 м. К передачам мяча в стену (в

мишень на стене) следует периодически возвращаться как к эффективному средству совершенствования техники и меткости передач.

Упражнения по технике

При выполнении соревновательных упражнений необходимо строго придерживаться принципа последовательности от простого к сложному: на месте, после передвижения, в структуре игровых взаимодействий, в игре.

1. В парах. Передачи между партнерами на расстояние 3 м по средней траектории. Основные требования по технике выполнения остаются те же, что и в подводящем упражнении 5.

2. Передачи над собой — передачи партнеру. Высота передач над собой 1—1,5 м.

3. Передачи через сетку. Расстояние между партнерами 2 — 3 м.

4. Передачи с изменениями расстояния, траектории и направления.

5. Передачи между встречными колоннами. Расстояние между направляющими в колоннах 2—3 м. После передачи учащийся перемещается в конец своей колонны.

6. То же, но после передачи занимающийся переходит во встречную колонну.

7. «Точно водящему». Занимающиеся стоят по кругу, в середине которого 1—3 водящих. Перемещаясь, необходимо остановиться и точно передать (возвратить передачей) мяч водящему.

8. Передачи в сочетании с умением вести наблюдение:

- передача партнеру, меняющему место расположения; передача в ответ на действия партнера;

- передача над собой; на движение правой руки в сторону — передача вправо; поднятие руки вверх;

- передача по высокой траектории и т. д.

9. Передачи назад за голову. Занимающиеся располагаются в тройках на одной линии на расстоянии 2—3 м.

Крайний передает мяч среднему, который в свою очередь передает его за голову, после чего поворачивается лицом для получения мяча и снова передает его крайнему за голову. По сигналу тренера средние меняются.

10. Передачи назад за голову в парах. После передачи над собой на высоту 1—1,5 м учащийся поворачивается на 180° и выполняет передачу спиной к партнеру.

11. Передачи с использованием переносных колец.

12. Соревнование в передачах (подготовительная игра в волейбол). Две команды учащихся располагаются по зонам площадок, как при игре в волейбол. Мяч вводится в игру передачей игрока зоны 6 одной из команд и разыгрывается на три касания. Команда, выигравшая право на подачу, меняется зонами площадки. Хороший эффект данное упражнение оказывает при наличии нескольких уменьшенных площадок с составом команд 4Х4.

В волейболе сидя важен не рост человека, не его физическое состояние, а скорее умение правильно оценить игру и обеспечить хороший удар кистью.

Играя в сидячий волейбол, не очень просто передвигаться с помощью ног и рук по небольшой территории. Довольно сложно игрокам приходится в защите, когда нужно быстро передвигаться, чтобы принять сложный мяч. Игроки отмечают, что после долгой игры могут быть мозоли на ладонях, начинают болеть мышцы. Но, несмотря на все трудности игры, она набирает популярность среди людей с ограниченными возможностями. Игра требует физической крепости, терпения, быстроты реакции, дает хорошую эмоциональную разгрузку и заряд бодрости[2,5.6].

ГЛАВА VII. ХАРАКТЕРИСТИКА СПОРТА ГЛУХИХ

7.1. Система спорта глухих

В мире с 1924г. успешно функционирует организованная и обособленная система спорта глухих под руководством Международного комитета спорта глухих (CISS), развернутая вне Паралимпийского движения инвалидов других категорий и задолго до его учреждения (Паралимпийское движение основано в 1966 году).

С 1957 года CISS получила признание международного Олимпийского комитета (МОК). В состав CISS входят национальные юридически самостоятельные спортивные организации глухих более 100 стран мира, 4 региональные конфедерации (Европейская (EDSO), Панамериканская, Африканская и Азиатско-тихоокеанская) и федерации по видам спорта. Сурдлимпийские игры проводятся раз в четыре года по 25-ти летним и 7-ми зимним видам спорта по единым правилам соответствующих международных спортивных федераций (FIFA, FILA, FIVB и др.), принятым для здоровых спортсменов с незначительными дополнениями, учитывающими ограничения по здоровью спортсменов.

Раз в четыре года под руководством CISS проводятся Чемпионаты мира, а под руководством Европейской спортивной организации глухих (EDSO) – чемпионаты Европы. К участию в этих соревнованиях допускаются спортсмены с потерей слуха не менее 55 децибел на лучшее ухо.

В системе спорта глухих культивируется 25 видов спорта, по которым ежегодно проводятся чемпионаты, первенства и кубки России. Это легкая атлетика, **волейбол, пляжный волейбол**, баскетбол, борьба вольная, борьба греко-римская, дзюдо, карате, тэквондо, спортивное ориентирование, футбол, футзал, шахматы, шашки, армрестлинг, лыжные гонки, хоккей, велоспорт, плавание, настольный теннис, бадминтон, теннис, пулевая стрельба, боулинг[1].

7.2. Особенности спорта глухих

Спорт глухих – это стимул борьбы, самоутверждения личности, способ социальной реабилитации. Занимаясь теми же видами спорта, выступая по тем же правилам, что и здоровые спортсмены, при этом обладая ослабленным слухом, наши спортсмены добиваются таких же результатов, что и здоровые, а зачастую выступают даже лучше них.

В настоящее время значительно улучшилось материальное стимулирование спортсменов – установлены призовые за успешные выступления на Сурдлимпийских играх, чемпионатах Мира и Европы,

призерам этих соревнований назначаются стипендии Президента РФ и иные формы выплат на региональных и местных уровнях, что позволяет им вести достойную жизнь, повышает их самооценку и положительно сказывается на микроклимате в их семьях, в соответствии чего своим выступлением на Сурдлимпийских играх Российские спортсмены повышают авторитет на международной арене нашего государства.

Лица, страдающие сурдологическими нарушениями, подразделяются на глухих, слабослышащих и позднооглохших. У позднооглохшего человека сохраняются слуховые образы слов на протяжении длительного времени.

Детальная дифференциация на классы в спорте глухих по степени (уровню) поражения не проводится[1,4].

7.3. Специфика организации обучения в спорте глухих

Важной особенностью формирования двигательных навыков у лиц с нарушением слуха является преобладание зрительной формы восприятия, что характерно и для здоровых лиц.

Однако частое сочетание расстройства слуха и патологии вестибулярного аппарата приводит к координационным расстройствам в виде нарушения функции равновесия. Для лиц с частичной утратой слуха, особенно позднооглохших, характерно искажение основных локомоций в связи с компенсаторной установкой головы для наилучшего звукового восприятия, что проявляется в виде снижения общей координированности и повышения утомляемости. Для лиц с нарушением слуха характерно изменение функционального состояния двигательного анализатора. Возникает снижение ориентации в пространстве, снижается качество общей координированности движений, точности, быстроты, что, в свою очередь, приводит к формированию искаженных динамических стереотипов.

Неоптимальность течения рассматриваемых процессов приводит к большей, по сравнению с относительно здоровыми людьми, истощаемости познавательной активности и быстрой физической утомляемости, что, в свою очередь, формирует пониженную работоспособность и приводит к затруднениям при освоении двигательных действий. При построении педагогического процесса для лиц с сурдологическими нарушениями необходимо учитывать особенности высшей нервной деятельности. А именно: фрагментарность и замедленность слухового восприятия, искаженность и несформированность словесных представлений, гиперактивность и нарушения формирования личности, связанные с сенсорной звуковой депривацией (частичное или полное прекращение внешнего воздействия на органы чувств, которое приводит к снижению потока нервных импульсов в центральную нервную систему).

Отличительной чертой работы с глухими являются способы передачи информации для полноценного понимания спортсменом о предстоящем

действии или движении, поэтому используется основной метод обучения не слышащих спортсменов – наглядный.

- визуальное восприятие средств наглядной агитации (фото, видео, показ тренером упражнений и исправление непосредственно в индивидуальном порядке);

- посредством вербального общения (жестовая речь) или письмом. Необходимо уделять внимание аспектам врачебного контроля в связи с высоким риском осложнений болезней слухового анализатора (вестибулярные кризы, воспалительные заболевания). Следует также учитывать повышенный риск травматизации из-за ограничения возможностей оперативного контроля текущих событий и снижения скорости сенсорных коррекций у лиц с сурдологическими нарушениями. Подготовка лиц с нарушениями слуха характеризуется применением специальных технических средств в соответствии с правилами соревнований (видимый сигнал) [4].

7.4. Требования к лицам, проходящим спортивную подготовку

Основными требованиями к лицам, проходящим спортивную подготовку по программе подготовки, являются наличие у них:

- инвалидности (подтверждается действующей справкой МСЭ/ВТЭК);
- отсутствием медицинских противопоказаний.

Федеральный стандарт спортивной подготовки по виду спорта спорт глухих определяет Требования к структуре и содержанию программ спортивной подготовки, в том числе к освоению их теоретических и практических разделов применительно к каждому этапу спортивной подготовки.

7.5. Нормативная часть подготовки в спортивных школах

Учебный год во всех группах спортивной школы начинается 1 сентября. Тренировочные занятия проводятся по расписанию, при составлении которого учитываются время отдыха и занятость учащихся по месту учебы. Занятия могут проводиться в любой день недели. Продолжительность учебного года составляет 52 недели - тренировочные занятия проводятся в соответствии с учебным планом, рассчитанным на 46 недель тренировочных занятий непосредственно в условиях спортивной школы и дополнительно 6 недель – в условиях оздоровительного лагеря и по индивидуальным планам обучающихся на период их активного отдыха. Организация тренировочных сборов на базе летних оздоровительных лагерей является важной частью тренировочного процесса и позволяет свести к минимуму вынужденный перерыв в тренировках. В условиях лагеря спортсмены укрепляют здоровье, совершенствуют физическое развитие. Начало занятий для несовершеннолетних обучающихся не ранее 8.00 часов, окончание – не позднее 20.00 часов, для спортсменов старше 18 лет – окончание занятий – не позднее 21.30 часов. Тренировочная

подготовка в группах проводится в соответствии с требованиями учебной программы, круглогодично, с применением новейших методик, технических средств обучения и контроля, тренажерных устройств и восстановительных мероприятий, при строгом соблюдении мер безопасности во время занятий. Основной формой тренировочного процесса является тренировочное занятие. Академический час - 45 минут. Максимальный объем тренировочной нагрузки устанавливается, исходя из этапов подготовки, и составляет:

- этап начальной подготовки – не более 2-х академических часов в день;
- тренировочный этап – не более 3-х академических часов в день;
- этап совершенствования спортивного мастерства - не более 4-х академических часов в день;
- этап высшего спортивного мастерства при двухразовых тренировочных занятиях в день – каждое не более 3-х академических часов.

На этапе совершенствования спортивного мастерства и высшего спортивного мастерства осуществляется работа по индивидуальным планам. При объединении в одну группу лиц, проходящих спортивную подготовку на разных этапах спортивной подготовки, разница в уровне их спортивного мастерства не должна превышать двух спортивных разрядов. Лицам, проходящим спортивную подготовку, не выполнившим предъявляемые Программой требования, предоставляется возможность продолжить спортивную подготовку на том же этапе спортивной подготовки. Распределение времени в учебном плане на основные разделы тренировки по годам обучения осуществляется в соответствии с конкретными задачами многолетней подготовки.

7.6. Требования к результатам реализации программ спортивной подготовки на каждом из этапов спортивной подготовки

Результатом реализации Программы является на этапе **начальной подготовки**:

- углубленная физическая реабилитация;
- социальная адаптация и интеграция; - формирование устойчивого интереса к занятиям спортом;
- расширение круга двигательных умений и навыков;
- освоение основ техники по виду спорта спорт глухих;
- развитие физических качеств и функциональных возможностей;
- отбор перспективных юных спортсменов для дальнейших занятий по виду спорта спорт глухих.

На **тренировочном этапе** (этапе спортивной специализации):

- социальная адаптация и интеграция;
- участие в соревнованиях;
- положительная тенденция социализации спортсмена;

- повышение уровня общей и специальной физической, технической, тактической и психологической подготовки;
- приобретение опыта и достижение стабильности выступления на официальных спортивных соревнованиях по виду спорта спорт глухих;
- формирование спортивной мотивации; - углубленная физическая реабилитация.

На этапе **совершенствования спортивного мастерства:**

- выполнение контрольных нормативов в соответствии с программой спортивной подготовки;
- повышение функциональных возможностей организма спортсмена;
- совершенствование общих и специальных физических качеств, технической, тактической и психологической подготовки;
- поддержание высокого уровня спортивной мотивации;
- социализация спортсмена;
- углубленная физическая реабилитация.

На этапе **высшего спортивного мастерства:**

- демонстрация высоких спортивных результатов на всероссийских и международных официальных спортивных соревнованиях;
- высокая социализация спортсмена;
- углубленная физическая реабилитация.

Для обеспечения этапов спортивной подготовки организации, осуществляющие спортивную подготовку, используют систему спортивного отбора, представляющую собой целевой поиск и определение состава перспективных спортсменов для достижения высоких спортивных результатов.

Основными **формами** осуществления спортивной подготовки являются:

- групповые и индивидуальные тренировочные и теоретические занятия;
- работа по индивидуальным планам;
- тренировочные сборы;
- участие в спортивных соревнованиях и мероприятиях;
- инструкторская и судейская практика;
- медико-восстановительные мероприятия;
- тестирование и контроль.

7.7. Обучение техническим приемам в спорте глухих

7.7.1. Методика обучения в спорте глухих

В целях создания наиболее благоприятных условий для изучения игровых приемов волейбола, обучение Ивойлов А.В. рекомендует строить по следующему плану [2].

1. Терминологически правильно называть прием.

2. Показать прием на слайдах, плакатах, видеотехнике (по возможности «вживую») с комментариями о его роли в игре.
3. Объяснить технику выполнения приема с одновременной демонстрацией его (положения звеньев тела до выполнения, в момент выполнения, после выполнения).
4. Практическое выполнение приема исходное положение (стойка), перемещение, имитация в целом или по частям.
5. Упражнения на тренажерах без мячей и с мячами.
6. По мере усвоения двигательных действий, условия выполнения упражнений усложняются (увеличение количества партнеров, мячей и др.).
7. Упражнения с мячами (индивидуальная работа, с партнером) в самых простых условиях.
8. Выполнение технического приема в игровых условиях (в подвижных играх, эстафетах, соревнованиях кто лучше, правильнее, точнее).
9. При объяснении учебного материала, учитель должен стоять лицом к занимающимся так, чтобы они видели его четкую артикуляцию губ. Речь тренера должна быть выразительной, внятной, спокойной. В зале, где проводятся занятия, должны висеть таблички с названиями игровых приемов, двигательных действий, упражнений.

Последовательность обучения при занятиях с детьми 9 - 11 лет на начальном этапе предполагает:

- обучение стойкам и перемещениям;
- обучение передач мяча сверху двумя руками на месте перед собой;
- то же, но вперед, за голову;
- то же, но после перемещения вперед, назад, в стороны;
- обучение передач мяча снизу двумя руками на месте перед собой, слева, справа;
- то же, но после перемещения вперед, назад, в стороны;
- обучение приему подач; - обучение прямому нападающему удару;
- то же, но разбег в прямом нападающем ударе вместе с прыжком;
- обучение ударному движению в прямом нападающем ударе;
- обучение прямому нападающему удару (в целом);
- обучение одиночному блокированию;
- обучение одиночному блоку вместе с нападающим ударом.

Процесс обучения технике и тактике волейбола осуществляется на основе определенных принципов, соблюдение (или несоблюдение) которых самым непосредственным образом влияет на качество совместного труда тренера и занимающегося волейболом.

7.7.2. Обоснованность методики обучения основам игры в волейбол слабослышащих и глухих детей

Основу игры в волейбол составляет техника владения мячом. Следуя рекомендациям Беляева А.В. «выполнение технического приема складывается из принятия исходного положения после перемещения и встречи с мячом; встреча с мячом - умение правильно расположить свое тело по отношению к мячу; для каждого приема - «свое» правильное расположение: в опорном положении это достигается довольно просто (один лишний шаг вперед, назад, в сторону), в безопорном положении - за счет координации тела и отдельных его частей». Поэтому, развитие координации и чувства ориентировки в пространстве - одна из основных составляющих при обучении технике игры. У слабослышащих детей, именно, координация и чувство ориентировки в пространстве страдают больше всего, Поэтому занятия волейболом, на наш взгляд, будут служить наиболее эффективным средством коррекции их особенностей физического развития [5].

Большое значение в системе подготовки слабослышащего волейболиста имеет тактическая подготовка, средствами к которой могут служить:

- подготовительные упражнения, направленные на развитие быстроты реакции, ориентировки, быстроты переключения с одних движений на другие, с одних действий на другие;
- подвижные и спортивные игры;
- специальные эстафеты; упражнения по тактике (индивидуальные, групповые и командные);
- двусторонняя игра, контрольные игры и соревнования.

При изучении *в упрощенных условиях* сложные тактические действия следует делить на части, применяя сигналы, ориентиры, усложнять условия с помощью приборов и специальных устройств (например, электротренажера при обучении тактике нападающего удара, блокирования и т. д.).

При закреплении изученных тактических действий, рекомендуется применять метод анализа действий глухих игроков (своих и противника). Для этого полезно использовать видеоманитофон.

Нормативы по видам спортивной подготовки в группах, занимающихся видом спорта спорт глухих - волейбол, включают в себя:

1. Нормативы общей физической и специальной физической подготовки для зачисления в группы на этапе начальной подготовки.
2. Нормативы общей физической и специальной физической подготовки для зачисления в группы на тренировочном этапе.
3. Обязательная техническая программа для зачисления в группы другого этапа.

Требования к участию в спортивных соревнованиях лиц, проходящих спортивную подготовку:

- соответствие возраста и пола участника положению (регламенту) об официальных спортивных соревнованиях и правилам вида спорта спорт глухих волейбол;
- соответствие уровня спортивной квалификации участника положению (регламенту) об официальных спортивных соревнованиях согласно Единой всероссийской спортивной классификации и правилам вида спорта спорт глухих волейбол.

7.8. Организация соревнований по волейболу среди инвалидов по слуху

Соревнования по спортивной дисциплине "волейбол" среди инвалидов по слуху проводятся в соответствии с Правилами Международной федерации волейбола (FIVB), а также Положениями и Регламентами соревнований.

Адаптация спортивных сооружений под нужды глухих спортсменов не требуется. На соревнованиях необходимо присутствие как минимум одного сурдопереводчика.

В тексте правил все действия судьи, для распознавания которых необходимо наличие слуха (свистки, голосовые команды, сигналы зуммера и пр.), дублируются соответствующими жестами судей, приведенными в части 2-й раздела 3 Правил.

Допуск к соревнованиям

Порядок участия в соревнованиях, предварительные заявки и подтверждения об участии определяются Положением об их проведении.

Главным основанием для участия спортсмена в соревнованиях является наличие справки медико-социальной экспертизы (МСЭ), подтверждающей инвалидность по слуху [4].

ГЛАВА VIII. ЯПОНСКИЙ МИНИ-ВОЛЕЙБОЛ

Мини-волейбол — командная спортивная игра, правила которой напоминают обычный волейбол. На площадке находятся 4 игрока, по два с каждой команды, на маленькой площадке размером всего 9 x 6,1 м. Высота сетки — 1,55 м. Мяч для мини-волейбола тоже значительно отличается от стандартного волейбольного мяча, он намного больше и легче.

Мини-волейбол появился в Японии в 1972 году на острове Хоккайдо в городе Тайки. Этим новым видом спорта занимаются взрослые и дети — это «спорт для всех». Вид спорта получил широкое распространение благодаря своей простоте: понятные и простые правила, лёгкий мяч, низкая сетка, широкая и удобная площадка для игры. Этим воистину «спортом для всех» могут наслаждаться мужчины и женщины всех возрастов.

Хидетоши Кодзима — президент Всеяпонской Ассоциации мини-волейбола (город Тайки, Япония), является основателем этой игры.

Игра проходит в три партии: одна партия — 11 очков. Команда, выигравшая две партии, считается победителем.

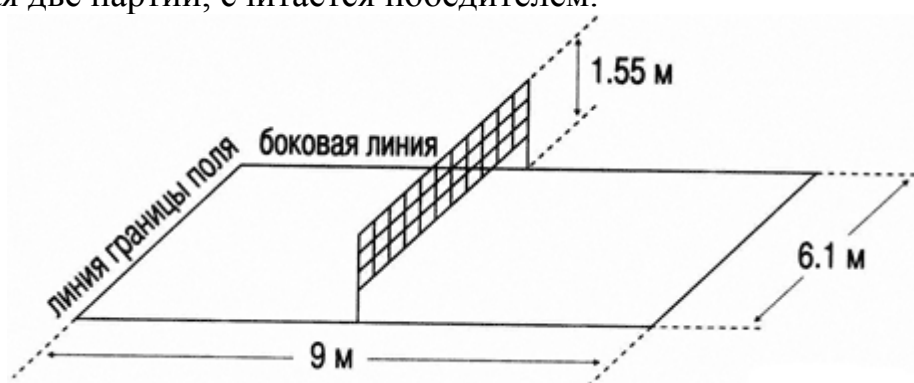


Рис.2 - Площадка для мини-волейбола[7]

1) СЕТКА

для игры используется специальная сетка для мини-волейбола или бадминтона.

2) ВЫСОТА СЕТКИ

высота сетки должна быть 1,55 м. от вершины шестов, на которых она крепится.

3) ШЕСТЫ

для крепления сетки используются шесты для игры в бадминтон.

4) МЯЧ

Во время игры используются официальные мячи Всеяпонской ассоциации мини-волейбола. Стандартные размеры мяча: толщина материала 0,02 мм; вес 50 г; диаметр 35 см в спущенном состоянии (сложенном состоянии); такой мяч является стандартным.



Рис.3 -Мяч для мини волейбола[7]

Обращение к нетрадиционным средствам физической культуры населения Восточно - Азиатского культурного региона включает в себя разумное заимствование наиболее ценного оздоровительной физической культуры, что способствует преодолению кризисных явлений современности. Самобытные игры и национальные виды спорта народов Восточно - Азиатского культурного региона, пришедшие из многовековой давности, являются уникальными, ибо несут в себе не только знания национальные традиций, но и колоссальный опыт самосовершенствования не только в спорте, но и в других видах человеческой деятельности.

Мини-волейбол по правилам Всеяпонской Ассоциации с его прекрасными возможностями для физической рекреации населения появился в 1972 году и подразумевает «миниатюрный волейбол». Название игре дано потому, что площадка меньше, сетка ниже и меньшее количество играющих в нее людей. Культивирование мини-волейбола на Хоккайдо в течение тридцати пяти лет показывает, что эта игра хорошо подходит для людей, живущих в северных районах. С каждым годом возрастает количество женщин и пожилых граждан, играющих в мини-волейбол. Несмотря на то, что мини-волейбол относительно «молодой» вид спорта, количество людей, играющих в мини-волейбол, составляет около ста тысяч человек.



Рис.4 -Игра в мини-волейбол [7]

Появление мини-волейбола в России

Знакомство с мини-волейболом стало возможным благодаря участию доктора педагогических наук, профессора Сахалинского государственного университета П.Н. Пасюкова в международной научной конференции «Физическая культура, спорт и здоровье на Северо-Востоке Евразии» (Саппоро, Япония, 22-23 августа 2002г.), где концепцию мини-волейбола представил ее основатель – Хидетоши Коджима.

Он поддержал идею развития игры на Сахалине, и её широкого использования в спортивной и оздоровительной практике жителей, единственной в России области на островах и передал для этого комплект специальных мячей. Количество людей играющих в мини-волейбол в Японии и других странах постоянно возрастает. Распространением игры в России с самого начала и по настоящее время осуществляется Лабораторией региональных образовательных систем и педагогических технологий Сахалинского государственного университета (зав. и руководитель проекта, д.п.н., профессор П.Н.Пасюков) при поддержке Хоккайдской ассоциации мини-волейбола

В настоящее время мастер классы проведены в городах Южно-Сахалинске, Невельске, Холмске, Анива, Корсакове, Александровске-Сахалинском, Углегорске, Макарове, Поронайске, Томари, Южно-Курильске (все Сахалинская область), Хабаровске, Благовещенске, Владивостоке, Уссурийске, Шуе, Санкт - Петербурге, Челябинске, Нерюнгри, п. Чурапча (Республика Саха (Якутия)). Мини-волейбол представлен также любителями мини-волейбола городов Новосибирска, Великого Новгорода, Перми, Петропавловска-Камчатского.

Интерес специалистов и любителей спорта к игре создает хорошие

перспективы ее быстрого распространения в различных регионах России, среди различных групп населения.

Правила игры очень просты и доступны. Легкий мяч снижает травматизм, а низкая сетка делает возможным выполнение технических приемов всеми независимо от возраста, пола и уровня физической подготовленности. Игра ведется до 11 очков из трех партий до двух побед. Очко можно заработать только на своей подаче. Нельзя переносить руки на сторону соперника и играть ногами. Остальные правила практически не выходят за рамки официальных волейбольных правил. Мяч больше обычного, но значительно легче, так как сделан из синтетических материалов, используемых в космической промышленности. Отсюда его высокая прочность. Чтобы привести мяч в «рабочее» состояние достаточно его надуть. После игры воздух можно выпустить, а мяч сложить.

На мяче эмблема Всеяпонской ассоциации мини-волейбола — кисти руки над сеткой и два глаза, глядящие в оба с надписью по кругу на английском языке «Всеяпонская ассоциация мини-волейбола». В игре есть все и нападающие удары, и тонкие игровые комбинации, мощная защита и слаженные коллективные действия.

Всеяпонская Ассоциация мини-волейбола провела опрос жителей префектуры Хоккайдо о влиянии игры на физическое состояние людей и отношения между людьми. По данным исследования физическая нагрузка для 75,3% респондентов «является подходящей». При опросе людей в возрасте 50-ти лет число респондентов, для которых физическая нагрузка, предъявляемая мини-волейболом, адекватна уровню их физической подготовленности, достигает 87%, игроков в возрасте 60-ти лет – 96%.

8.1. Специфические функции мини-волейбола

Специфические функции мини-волейбола заключаются, в его свойствах, позволяющих, прежде всего, удовлетворять естественные потребности человека в двигательной активности, оптимизировать на этой основе физическое состояние и развитие организма соответственно закономерностям укрепления здоровья и обеспечивать физическую дееспособность, необходимую в жизни.

Образовательная функция: использование в общей системе образования для формирования жизненно важных двигательных умений, спортивно-технических навыков и связанных с ними знаний, развитие физических качеств, т.е. как фактор физического образования.

Прикладная функция: использование в системе специальной подготовки к трудовой деятельности в качестве фактора профессионально-прикладной физической подготовки.

Спортивная функция: фактор достижения определенных результатов в реализации физических и непосредственно связанных с ними возможностей

человека. Участие в товарищеских встречах, блиц - турнирах, соревнованиях на кубок или приз, чемпионатах, показательных выступлениях

Рекреативная функция: использование в сфере организации досуга, активного отдыха, доставляющего наряду с восстановлением сил удовольствие, развлечение. Фактор борьбы с утомлением Удовлетворение эмоциональных запросов и тренировка эмоционально - психической сферы человека.

Оздоровительно-реабилитационная функция: использование в системе специальных восстановительных мер, действенный фактор борьбы с утомлением, и восстановления утраченных функциональных возможностей организма в результате травм и заболеваний. Средство борьбы с гиподинамией, сохранения и укрепления здоровья в течение всей жизни.

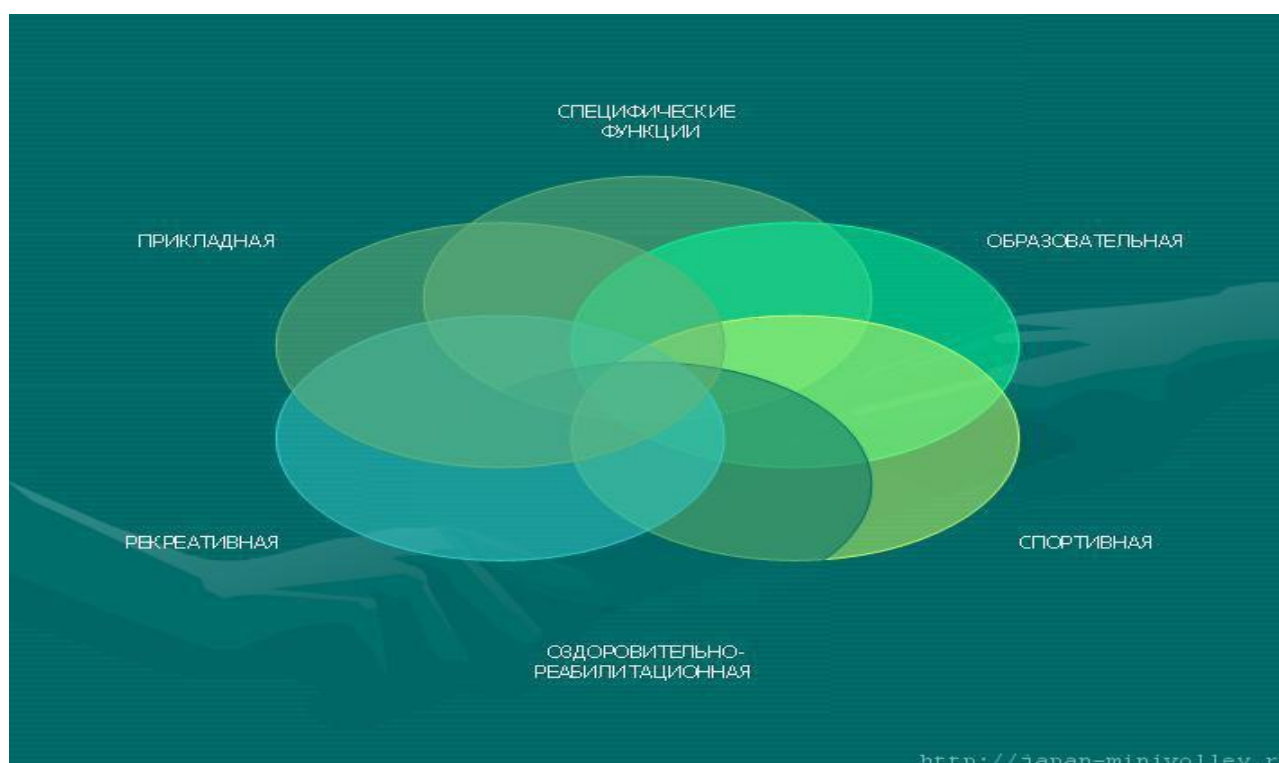


Рис.4- Специфические функции игры в мини-волейбол [7]

8.2. Неспецифические функции мини-волейбола

Неспецифические функции мини-волейбола находят свое выражение в целенаправленном использовании ее в качестве фактора достижения гармонично развитой личности.

Эстетическая, нравственная, интеллектуальная функции: удовлетворение потребности людей в физическом совершенстве, здоровье, общем гармоническом развитии. Гармония телесного и духовного развития, красота телосложения. Развитие интеллектуальных способностей человека, духовных и нравственных ценностей и качеств.

Нормативная функция: в связи с практикой использования мини-волейбола в обществе вырабатываются и закрепляются определенные нормы, которые имеют регламентирующее и оценочное значение. Как форма рационального использования свободного времени.

Информационная функция: выполнение определенной роли в накоплении, распространении и передаче от поколения к поколению материальных и духовных ценностей разных культур и народов. Источник новых фактов и закономерностей физического совершенствования человека, отражающих роль физической культуры в жизни общества и приобщения к ней людей.

Интернациональная функция: занимает важное место в сфере межчеловеческих контактов, включая интернациональные связи, воплощая гуманные идеи сотрудничества, дружбы и мира между народами. Этому способствует жизнеутверждающий характер деятельности, универсальность «спортивного языка».

Социальная и воспитательная функция: использование в собственно воспитательных целях, связанных с социальной направленностью системы воспитания. Фактор вовлечения людей в активную общественную жизнь, что дает возможность чувствовать независимость становления.

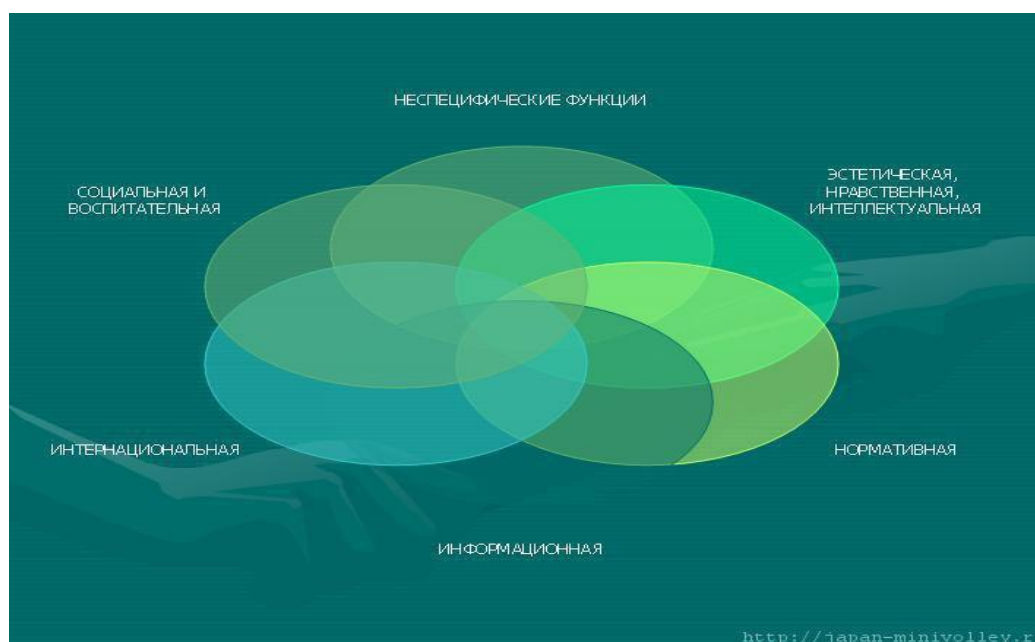


Рис.5- Неспецифические функции мини-волейбола [7]

8.3. Сравнительная характеристика классического и японского мини-волейбола

Мини-волейбол по-японски является доступным видом двигательной активности. Использование мини-волейбола в процессе занятий адаптивной двигательной рекреации подтверждают данные в табл.2.

Таблица1-Отличие правил классического и японского мини-волейбола

Характеристика	Мини-волейбол	Классический волейбол
Игровая площадка (м)	9х6,1	18х9
Высота сетки (м)	1,55 — для мужчин и женщин	2,24 — для женщин 2,43 — для мужчин
Диаметр мяча (см)	35	20–22
Вес мяча (г)	50	260–280
Игровой формат	– Три партии – Одна партия – 11 очков – На площадке 4 игрока – Команда, выигравшая две партии, считается победителем	– Три или пять партий – Одна партия – 25 очков (решающая партия – 15 очков)

Таблица 2 - Ограничения и возможности японского мини- волейбола и классического волейбола

№ п.п.	Характеристики	Волейбол	Мини-волейбол
1.	Пол, возраст и рост игроков	Высокая сетка ограничивает деятельность игроков низкого роста и старшего возраста, особенно при блокировании и атакующих ударах	Низкая сетка дает возможность выполнять блокирование и атакующие удары, уравнивает шансы игроков разного возраста, пола и роста
2.	Безопасность	Мяч может нанести травму, причинить боль при ударе или попадании в игрока	Мяч не причиняет боль, когда ударяешь его или когда он попадает в игрока
3.	Правила игры	Правила относительно сложны, особенно для начинающих	Правила несложны, начинающим их легко понять и сразу включиться в игру
4.	Массовость	На площадке 18х9 метров могут одновременно играть 12 человек	На площадке 18х9 метров могут одновременно играть 16 человек (два игровых поля), что повышает эффективность использования стандартных спортзалов
5.	Техническая сложность	Мяч летает по заданной траектории	Мяч летает по криволинейной траектории, это увеличивает непредсказуемость игровых

			ситуаций, а тем самым эмоциональность игры
6.	Физическая подготовленность	Игра предъявляет высокие требования к общей и специальной физической подготовленности	Игра подходит по уровню физической нагрузки и трудности всем. Дети и взрослые, мужчины и женщины, молодые и пожилые могут играть вместе
7.	Обучение игре	Техника и тактика требуют нескольких лет обучения	Освоить игру можно менее чем за один год, не требует длительных тренировок
8.	Ограничения по здоровью	Уменьшают (сводят на нет) перспективы спортивной карьеры	Игра служит средством оздоровления и реабилитации, в неё могут играть инвалиды

Вопросы

1. Дайте определение понятию «функции мини-волейбола».
1. Используя рисунки, дайте определение специфическим и неспецифическим функциям мини-волейбола.
2. Какие преимущества имеет мини-волейбол по-японски перед классическим волейболом?
3. Может ли мини-волейбол по-японски использоваться в системе подготовки квалифицированных волейболистов, и каким образом? Обоснуйте свой ответ.
4. Расскажите, как и когда появился мини-волейбол в России и где он получил распространение?
5. В чем принципиальное отличие игры от других видов спорта?
6. Назовите основные правила игры в мини-волейбол (инвентарь, размеры площадки, количество игроков, подсчет очков).
7. Как вы оцениваете перспективы развития мини-волейбола в городе Нижнем Новгороде?

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный стандарт спортивной подготовки по виду спорта спорт глухих. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://base.garant.ru/70620534/>
2. Ивойлов А.В. Волейбол : [учеб. пособие для фак. физ. воспитания пед. ин-тов]. - Минск : Вышэйшая школа, 1974. - 288 с.
3. Кирсанов В.А., Малышева Т.А., Учебно-методическое пособие. – Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2015 – 34с.
4. Оринчук В.А. Основы адаптивного спорта : учеб. пособие для студентов всех форм обучения по направлениям подготовки: 034400 - "Физ. культура для лиц с отклонением в состоянии здоровья", 034300 - "Физ. культура". - Н. Новгород: Цветной Мир, 2015. - 294 с.
5. Спортивные игры: основы обучения технике игры: учебно-методическое пособие для бакалавров / Таран И. И., Беляев А. Г., Поповская М. Н., Игнатенков Н. Е. - Великие Луки : ВЛГАФК, 2017. - 168 с.
6. Волейбол сидя. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://paralymp.ru/sport/sports/paralimpiyskie-distsipliny/volleybol-sidyа/>
7. Сайт о японском мини – волейболе. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://japan-minivolley.ru/>
8. Свод правил по медицинской и функциональной классификации в волейболе (Руководство по классификации) / Пер. с англ.: Идрисова Г.З., Сухов А.В.// М., 2013.-29с. [Электронный ресурс] / Режим доступа: <https://paralymp.ru/upload/iblock/5cd/5cd0d53472aeb49adb9528e3679fad32.pdf/>

АДАПТИВНЫЙ СПОРТ. ВОЛЕЙБОЛ

Учебно-методическое пособие

Составители:

Татьяна Александровна Малышева

Павел Алексеевич Кононенко

Александр Николаевич Кутасин

Марианна Михайловна Карпычева

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Национальный исследовательский Нижегородский государственный
университет им. Н.И. Лобачевского»
603950, Нижний Новгород, пр. Гагарина, 25д