

ВЕЛИЧКА АЛЕКСАНДРОВА
ИВЕЛИНА КИРИЛОВА

СТЕФКА ДЖОБОВА
ОЛЕГ ХРИСТОВ

АДАПТИРАНА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ И СПОРТ



София, 2019

ВЕЛИЧКА АЛЕКСАНДРОВА

СТЕФКА ДЖОБОВА

ИВЕЛИНА КИРИЛОВА

ОЛЕГ ХРИСТОВ

**АДАПТИРАНА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ
И СПОРТ**



София, 2019

Рецензент:

доц. Бистра Димитрова, д.н.

София, 06.03.2019

ISBN 978-954-718-572-2

СЪДЪРЖАНИЕ

Глава I. АФА – ИСТОРИЯ, СЪЩНОСТ, ПРИНЦИПИ И ВИДОВЕ

Глава II. ВИДОВЕ ИНТЕГРАЦИЯ И СТРАТЕГИИ ЗА АДАПТАЦИЯ

Глава III. ВИДОВЕ УВРЕЖДАНЯ И ВРЪЗКАТА ИМ С АФА

Глава IV. МЕЖДУНАРОДНИ СПОРТНИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗА ХОРА С УВРЕЖДАНЯ

Глава V. ПАРАЛИМПИЙСКИ ИГРИ – ИСТОРИЯ И ВИДОВЕ КЛАСИФИКАЦИЯ

Глава VI. СПЕШЪЛ ОЛИМПИКС

I Глава.

В тази глава ще се запознаете с:

1. Развитието на отношенията на обществото към хората с увреждания от древността до наши дни.
2. Същност на АФА.
3. Принципи на АФА.
4. Видове АФА.

АФА – ИСТОРИЯ, СЪЩНОСТ, ПРИНЦИПИ И ВИДОВЕ

Най-древните исторически сведения, открити досега, в които се споменават лицата с увреждания, са египетски папируси от 1550 г. пр.Хр. Те включват магически заклинания, древни рецепти и лекарски съвети. В тях има разсъждения, свързани с епилепсията и глухотата. Там също откриваме, че египтяните се насочват към приобщаването на хората с увреждания и не са се интересували от причините за появата на болестите. В Древния Египет слепите са обучавани от жреците на музика, песни и масажи. Те са представлявали основна част от придворните музиканти и поети и са вземали участие в културни церемонии. Хората с умствени увреждания са били на особено уважения и се е вярвало, че те са под защитата на Бога Озирис. (Ястребицкая, 1978) (Ватев, 1982)

В Древна Гърция и Древен Рим лицата с увреждания имат предварително предопределена съдба от тогавашните закони. Те не са считани за граждани на държавата. Родените с умствени или физически недостатъци са обречени на смърт. Обществото е разделено на “пълноценни” (признати) и “непълноценни” (непризнати). В античния свят свободните граждани на държавата, които имат вродени или придобити нарушения (слуха, зрението, умствена недостатъчност и др.), нямат достъп до обществения живот. Гърците и римляните считат, че силата на държавата е във физическата сила на гражданите. Пълноправността им се регулира от закони, които са свързани с носенето на оръжие. Те издигат в култ военното изкуство и телесното здраве. Децата са считани за собственост на държавата, а не на родителите им. Затова хората с увреждания се явяват напълно безправни и съдбата им се решава от държавата. (Бонгард-Левина, 1989)

В законите на спартанския законодател **Ликург** (IX - VIII в. пр.Хр.) се отразява агресивността към децата увреждания. В едно от произведенията си древногръцкият писател и историк **Плутарх** (ок. 127 г.) пише: *“Възпитанието на децата не зависи от волята на бащата. Той отнася детето при старшите членове, които го оглеждат. Ако е здраво, го дават за отглеждане на бащата, но слабите и уродливи деца се хвърлят в пропастта от връх Тайгет. При слаб глас и слабо, хилаво тяло по рождение, жените го измиват с вино. Ако е епилептик или е болно дете, то ще умре, а ако е здраво, от него ще се възстанови и ще стане здрав и силен”*. По тогавашното законодателство, достигайки седемгодишна възраст, детето се отделя от родителите и получава държавно образование. Подобно отношение се наблюдава не само в Спарта, но и в цяла Древна Гърция. В продължение на столетия по този начин гърците се отнасят към “непълноценните”. Отношението на жестокост се одобрява и от известните философи Платон (427 - 347 г. Пр.Хр.) и Аристотел (384 - 322 г. пр. Хр.). Те считат, че икономически е целесъобразен опитът на Спарта към “непълноценните”.



Според римляните основата на *социализацията е семейството*, а не държавата. Затова в тяхното законодателство глава на семейството е бащата. Той има всички права да се разпорежда с членовете му и да разполага с техния живот. Ако достигайки тригодишна възраст детето се окаже с увреждане се счита, че е бремене за обществото и трябва да бъде хвърляно от бащата в река Тибър.



С времето законите се променят и се въвеждат ограничения за убийствата на децата в Гърция и Рим. Със създаването на Римската империя (ок. 30 г. пр.Хр.) правомощията на бащата, като глава на семейството, намаляват. Но отношението към децата с увреждания си остава същото. В този контекст философът Сенека отбелязва: *“Ние убиваме уродливи деца, които се раждат на света хилави и обезобразени.”* За да оправдае постъпките на съвременниците си, той пише: *“Ние постъпваме така не поради гняв или*

досада, а поради разумното правило. Да се отдели негодното от здравето". (Замский, 1980) В древността възпитанието на децата е насочено изцяло към физическата и военната подготовка.

В по-късните етапи са открити исторически документи, които свидетелстват, че децата и младежите с увреждания се превръщат в "икономическа ценност". В Рим слепите момчета са продавани, като гребци или просяци, а девойките са предлагани като проститутки. Умствено изостаналите са превръщани в роби или са използвани като лодкари. Ако имат и някакъв физически недъг са обект на съжаление и съчувствие. Тогава те са насочвани към просията. Сред римската аристокрация умствено изостаналите и тези с различни "уродства" са използвани за шутове и развлечения. В града е открит и специален пазар за хора с увреждания, на който се продават хора без крака, без ръце, джуджета, гиганти и т.н. (Гаспарова, 1991)

Голяма част от римляните проявяват неприязън към хората с увреждания - император Август изпитвал отвращение към джуджета и сакати, смятайки ги за лоша поличба. От друга страна, императорът е считан за един от основоположниците на специалното образование. Той научава глухия Квентус Педиус да рисува. **Този акт се приема за първи исторически факт, в който е описано обучението на глух човек.**

С приемането на християнството от Рим около 312 г., като нов морално-религиозен модел на обществото, установяваме, че отношението към хората с увреждания не само не се променя, но и се задълбочава негативната нагласа.

Ранното Християнство проповядва, че увреждането е плод на собствени или родителски грехове и проявата му е Божие наказание.

Ранните християни смятали, че глухите хора се намирили „под особено проклетие на Господа“ а лудостта е проява на Божието наказание. (Коев, 1991)

За хората със зрителни увреждания, са смятали, че слепотата е един от инструментите на дявола, който той използва на Земята. (Коев, 1991)

Първи промени в отношението

През 369 г. във Византия е създаден приют за лица с различни видове увреждания. (Каннабих, 2002)

Според легендите достигнали до нас, през IV в. Епископ Николай започнал да работи с лица с ментални и двигателни увреждания. Впоследствие духовника е признат от църквата за техен покровител - Николай Чудотворец.

На места в Европа през този период (IV- VI в.) се откриват болници – приюти, в които се настаняват хора с различни увреждания, като цяло обществото си остава негативно настроено към тази социална група. (Феоктистова, 1973)

Средновековие

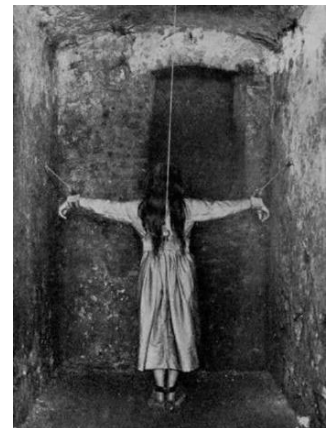
През 12 век в Прусия хората с ментални увреждания били затваряни в затвори. Средновековието е наситено с различни епидемии, а след тях остават хора с увреждания. Хората с увреждания биват лекувани не само в манастирите, а и в светски болници и приюти.

Людвиг IX (1254–1260) построява хоспис, който приютява над 300 рицари, които са попаднали в плен и са ослепели. (Скребицкий, 1903 по Бедигова, 2007) (Бегидова, 2007) **Това е първият акт на държавна ангажираност към хора с увреждания!**

През XIII в. в Италия са открити психиатрични болници, а по-късно и болница за душевно болни, която поставя начало на



категоризирането на хората с увреждания. Но методите, използвани в тези хосписи, са жестоки и безсърдечни. (Каннабих, 2002)



Следващият важен в исторически план период е, епохата на Инквизицията.

В нея хората с увреждания са унищожавани наравно с престъпниците и вероотстъпниците. За жестокостта на Инквизицията говори фактът, че в Германия дори монасите издават ръководство за преследване убиване на хората с увреждания. (Григулевич, 1976)

В края на Средновековието във Флоренция възниква Ренесансът, който през следващите столетия до 17-ти век се разпростира в Западна, Централна и Северна Европа. Тази епоха се характеризира с нови модели на благотворителност на обществото и хуманност към хората с увреждания.

За първи път науката се противопоставя на църквата по отношение на произхода на уврежданията.

„...никой не може да бъде поставен да вини глупостта и условието на пола, както и телесните недостатъци и уродства... то това задължително трябва да се припише на природата, а не на отделни лица” (Джордано Бруно). (Бруно, 1966)

Във Франция през 1760 г. Шарл Михел Делепе открива първото училище за глухоними. През 1784г. френският педагог Валентин Аюи открива и първото в света училище за слепи лица.

След Френската революция и „Декларацията за правата на човека и гражданина“ (1789), обществото декларира своята защита към хората с увреждания.

В Западна Европа започва приемането на нормативни актове, отнасящи се до специалното образование.

19 век

- В Западна Европа започва приемането на нормативни актове, отнасящи се до специалното образование.
- Прогресът в различните научни области в много европейски страни води до появата на училища за глухи, слабо чуващи, слепи, слабо виждащи, сляпо-глухи, деца с речеви нарушения, деца с физически недостатъци, деца с проблеми в поведението и др.
- Деветнадесети век се характеризира и с първия опит за целенасочено и методично прилагане на спорта като средство за работа с хора с увреждания.
- Учителят по физическо възпитание Тайт МакКензи, публикува през 1909 година книгата „Физическите упражнения в образованието и медицината“. В книгата си той подчертава положителната роля на физическото възпитание за



глухите, слепите и децата с умствени увреждания. (DePauw, K. Gavron, S. , 1995)

Период между двете Световни войни

- С началото на Първата световна война (1914) и последвалите я революции, военни преврати и граждански войни, всички начинания в сферата на специалното образование **рухват**.
- В периода между двете световни войни (1918–1939) се **намалява значително броят** на създадените специализирани институции за деца с увреждания.
- През Втората световна война (1939–1945) се **помирата всичко създадено** като условия за живот за хората с увреждания.

След приключването на II Световна война светът поглежда по нов начин на човешкия живот и съответно на хората с увреждания. (Харт, 2005)

От следвоенния период до наши дни отношението към хората с увреждания преминава през различни еволюционни етапи. (Pollaway, E. Smith, J., Patton, J., Smith, T. , 1996) В различните държави периодите не са строго установени във времеви план. Например в България периодът на институционализиране продължава и до днес.



Етапи в отношението към хората с увреждания от средата на XX век до наши дни (Pollaway, E. Smith, J., Patton, J., Smith, T. , 1996)

Характеристики на периодите на отношение към хората с увреждане

(адаптирани по (Pollaway, E. Smith, J., Patton, J., Smith, T. , 1996))

Институционализиране (медицински модел)

- Изолация.
- Пренебрежение.
- Медицински модел – човекът с увреждане се разглежда като жертва или пациент, нуждаещ се от лечение.
- Фокусът е единствено към вида увреждане, а не към функционирането на човека с увреждане в заобикалящата среда.

Предоставяне на специализирани услуги

- Продължава прилагането на медицинския модел – личността на първо място се характеризира според вида увреждане, а не като личност, която има някакъв вид увреждане.
- Създават се специализирани програми и услуги за определен вид увреждания.
- Развива се системата на специалното образование, включително и на специалното физическо възпитание.
- Първи опити за идентифициране на уменията на хората с увреждания и създаване на програми за тяхното подобряване.

Подкрепа според индивидуалните потребности

- Увреждането се разглежда като част от различията между хората.
- Дефинират се факторите, затрудняващи функционирането на индивида с увреждане в заобикалящата среда.
- Създават се условия, при които личността с увреждане да получи нужната подкрепа за функциониране във включваща среда.

Овластяване и самоопределяне /empowerment/

- Решенията, отнасящи се до хората с увреждания се взимат от самите тях, а не от експерти.
- Хората с увреждания имат право на избор – услугите са насочени към предоставяне на алтернативи.
- Самоосъзнаване и вземане на решения.
- Самостоятелен избор за формата на образование.

СЪЩНОСТ НА АДАПТИРАНА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ /АФА/

Първата официална употреба на термина адаптирана физическа активност се свързва с основаването през 1973 г. на **Международната федерация по адаптирана физическа активност** (International Federation of Adapted Physical Activity – IFAPA).

- **Адаптираната физическа активност** е бързо нарастваща област в сферата на спортните науки.
- Адаптираната физическа активност е **обобщаващ термин** за всички услуги и дейности, които допринасят за активен и здравословен начин на живот на хора със специфични потребности чрез физическа активност (физическо образование и спорт).

Две думи в термина АФА поставят въпросителни относно избора им – какво е *адаптирана* и какво е *активност*.

Думата «адаптирана» се свързва с адаптационната теория, която според (Sherrill, 1998) се определя като „Изкуство и наука за ръководене на променливи така, че да се постигнат желаните резултати“.

Според (Hutzler, Y., Wijns, K., Djobova, S., Van Peteghem, A. Van Coppenolle, H., 2003) всяка физическа активност може да бъде модифицирана и адаптирана.

Думата „активност“ е избрана, като обобщаващ термин в английския език, който включва всички форми на общото двигателно развитие, от игра до спорт, от неформални форми на спортуване и рекреация до спорта за

високи постижения; обхваща всички възрастови групи – от деца до възрастни хора. (Porretta, D., Nesbitt, J., Labanowich, S., 1993)

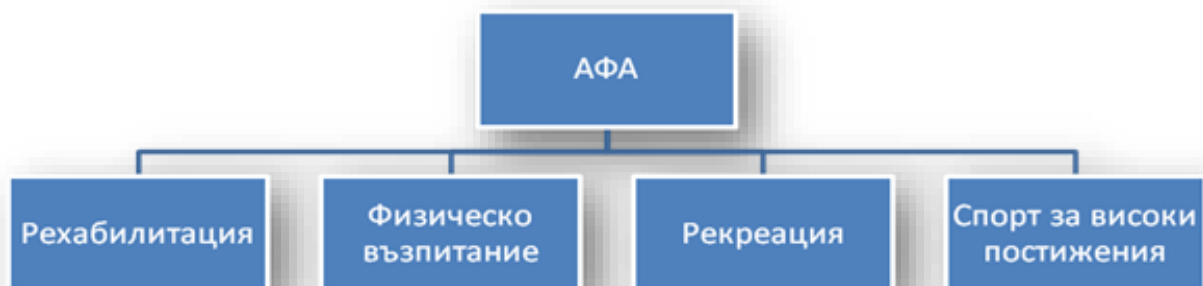
Дефиниции за АФА

Експертите от IFAPA развиват дефиницията за АФА според промените в социалното, общественото и научното развитие. През годините от 1973 до 2000 са направени многобройни опити да се даде дефиниция на АФА, но нито една не успява да опише мултидисциплинарността и мащаба на приложение на АФА. След дискусии и целенасочена работа през **2007** година настоящият и бившият президенти на IFAPA – Hutzler & Sherrill, дават следната дефиниция:

АФА е съвкупност от знания, които обхващат:

- физически дейности, упражнявани от хора с увреждания;
- система за предоставяне на услуги, гарантираща участието на хората с увреждания;
- професионална отговорност на практикуващите в сферата на АФА;
- академична дисциплина. (Hutzler, Y. & Sherrill, C. , 2007)

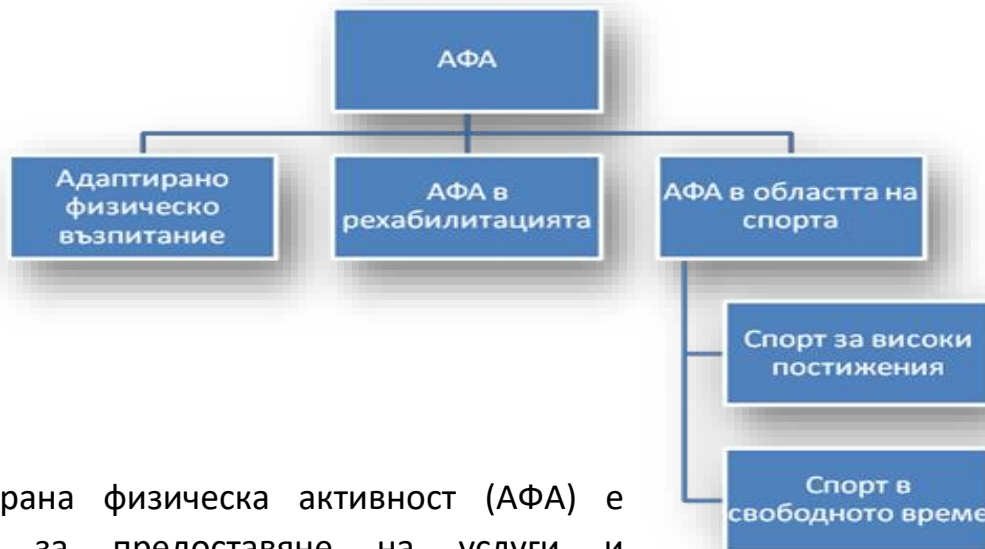
В Европа първият опит за структуриране на професионалните знания прави тематичната мрежа **THENAPA** (2004), като дава препоръки относно съдържанието, образователното ниво, включително и професионалното образование, и препоръки към продължаващото обучение. Съдържанието на образователните програми е разделено в следните направления:



В контекста на международното развитие на АФА и европейските промени, определени от програмата за “Учене през целия живот”, се налага

преразглеждане на АФА като професионална област и създаването на рамка от знания, умения и компетенции.

Според „Европейски стандарти по адаптирана физическа активност“ (EUSAPA., 2010) обучението по АФА се диференцира в три отделни направления, като всяко едно от тях се счита за самостоятелно професионално направление.



Адаптирана физическа активност (АФА) е професия за предоставяне на услуги и академична област на образование и обучение.

Тя подкрепя отношението на приемане на индивидуалните различия, застъпва се за подобряване на достъпа до активен начин на живот и спорт, и насърчава иновациите и съвместни системи за предоставяне на услуги и мерки за овластяване (хората с увреждания да знаят, как и да се борят за правата си).

- Адаптирана физическа активност включва, но не се ограничава до, физическо възпитание, спорт, отдих и рехабилитация на хората с увреждания (EUFAPA, n.d.)
- Изброена в директорията на спортните науки
- Много широка област на експертиза и услуги
- Интердисциплинарна и свързва с много и различни професии
- Не се ограничава до специфични групи
- ЗА ВСИЧКИ

ВИДОВЕ АФА

АДАПТИРАНОТО ФИЗИЧЕСКО ВЪЗПИТИЕ

През годините на своето развитие дефинициите за адаптирано физическо образование са се променяли заедно с нарастващия обем от знания, промените в нагласата на обществото спрямо потребностите на децата с увреждания и националните особености.

Адаптираното физическо възпитание е физическо възпитание, модифицирано да отговори на потребностите на децата с увреждания. (Lieberman, 2010).

“Програмите по адаптирано физическо възпитание имат същите цели, както и стандартните програми по физическо възпитание, но в тях са застъпени различни нива на адаптация, за да отговорят на разнообразието във възможностите на учениците със специални образователни потребности. (Dunn, 1997).

Съвременното разбиране за адаптираното физическо възпитание го определя като: изкуство и науката за развитие, реализация и контрол на специално създадена програма по физическо възпитание за деца и младежи с увреждания. Проектирането ѝ е базирано на комплексна оценка, целяща да създаде в обучавания умения необходими за дейностите от ежедневието и свободното време. Спортът се визира като средство за подобряване нивото на физическото и психическо състояние.

Философията на адаптираното физическо възпитание се базира на няколко фундаментални принципа:

- Всички хора, независимо от възрастта, пола, расата, нивото на функционалните си възможности могат да изпитат ползите от физическата активност;

- Всеки човек може да бъде обучаван, когато инструкциите бъдат адаптирани по начин, отговарящ на неговите физически и психически особености.

- Всеки човек има право на достъп до висококачествено обучение, което да формира чувство за положителна самооценка, да повиши самоуважението му, да спомогне за приобщаването му в обществото и да допринесе за здравословен начин на живот.

В практиката разновидностите в адаптираното физическо възпитание се определят от образователната среда или условията, в които се провежда и от необходимото ниво на подкрепа. Образователната среда може да бъде специална, приобщаваща, интегрирана, самостоятелна или друга. Нивото на подкрепа може да бъде например: без нужда от подкрепа, с ограничена при конкретна ситуация, с нужда от постоянна подкрепа. Също така учителя по адаптирано физическо възпитание може да провежда часовете самостоятелно, с подкрепа от ресурсен учител или с подкрепа от личен асистент на детето с увреждане.

АДАПТИРАНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ

Прилагането на физическата активност като част от рехабилитационния процес свързваме с името на сър Лудвиг Гутман – известен неврохирург и организатор на първите Стоук Мандевилски(1948г.) и последвалите ги Паралимпийски игри (1960г Рим, Италия). Още през 1944г. в Стоук Мандевилската болница, където са лекувани ветерани от II Световна война с гръбначно-мозъчни травми, той започва да прилага адаптирана физическа активност и спорт като средство за предотвратяване на раните от залежаването, превенция на сърдечно-съдовата и респираторната система и не на последно място за повдигане на самочувствието и самооценката, за реадaptация и реинтеграция в социалния живот и обществото. (<http://paralympics.org.uk/games/ludwig-guttmann>, n.d.)

Адаптираната физическа активност и спорт в рехабилитацията има значителни различия от физикалната терапия, описани още през 1961г. от Lorenzen, а именно:

- Физикалната терапия има медицинска насоченост, докато адаптираната физическа активност педагогическа;
- Във физикалната терапия активността е предписана (препоръчана от терапевт, лекар), докато в адаптираната физическа активност е плод на самомотивация и себеусещане;
- Във физикалната терапия целите на интервенцията са насочени към самото увреждане, докато в АФА - към цялостната личност и включването ѝ в обществото;

- Във физикалната терапия лицето може да бъде пасивен или активен участник, докато в АФА е само активен участник, както в индивидуалните, така и в груповите занимания;
- Физикалната терапия цели предимно биологично въздействие и е ограничена във времеви диапазон, докато АФА предлага модели за физическа активност, приложими през целия живот . (Lorenzen, 1961)

АДАПТИРАН СПОРТ

Според най-общите си характеристики и функции спортът е “многогранно обществено явление (сфера на чавешката дейност), което се характеризира със специализирана система от средства, способности и форми на двитателната активност за укрепване на здравето, подобряване на физическата годност и хармоничното развитие и изява на човека.” (Ц. Желязков, Д. Дашева, 2011) Като специфична двигателна дейност спортът е “всяка форма на физическа дейност, която чрез организирано или неорганизирано участие има за цел изразяването или подобряването на физическата и психическата годност, развитието на социални отношения или постигането на спортни резултати на всички нива” (Европейска харта на спорта).

Спортът за хора с увреждания (Disability sport) е обобщаващ термин описващ спортни активности, които са създадени или развити за да носят специфични ползи и да бъдат практикувани от хора или атлети с увреждания. Той дава възможност на хората с увреждания да практикуват спортове заедно с други хора или атлети с увреждания и или хора и атлети без увреждания, както и да се състезават едни срещу други. (Guett, M. et all, 2011)

Спортовете за хора с увреждания могат да бъдат стандартните спортове без модификации (напр. плуване) или с малки модификации (напр. баскетбола е стандартен спорт, докато баскетбола в колички – адаптиран). Други спортове биват специално създадени и нямат аналог в спорта за хора без увреждания. Например Голбалът е спорт, специално създаден за хора със зрителни увреждания. Спортът „боча“ също е пример за специално създаден спорт. Той се практикува от хора с физически увреждания и интелектуални затруднения.

Адаптираният спорт бива спорт за високи постижения и спорт в свободното време.

Спортът за високи постижения “включва системна, високоинтензивна, научнообоснована тренировъчна и състезателна дейност за достигане на максимални спортни резултати” (Ц. Желязков, Д. Дашева, 2011). За развитето на елитния спорт е изградена система от международни и национални институции за ръководство и координиране на спортносъстезателната дейност. За хората с увреждания Паралимпийските игри, Спешъл Олимпикс и Деф Олимпикс са най-големите мултиспортови събития, на които мерят сили елитни спортисти.

Спортът в свободното време включва разнообразни форми на физически дейности, свободна и спонтанна игрова дейност, удоволствие, активен отдих, намаляване на напрежението. Целта на спорта в свободното време се свързва с подобряване качеството на живот, физическото и психическо състояние.

Спортът способства за приобщаването и подобряване на благосъстоянието на хората с увреждания по два начина – чрез промяна на това, което общността мисли и чувства за хора с увреждания и като променя, това което хората с увреждания мислят и чувстват за себе си. Първият спомага за премахване на стигмата и дискриминацията свързана с уврежданията, а вторият насърчава хората с увреждания да развият своя собствен потенциал, да провокират промени в обществото, които да допринесат за пълноценната им реализация. Чрез спорта хората с увреждания развиват жизненоважни социални умения, получават независимост и придобиват властта да водят и правят промяна.

Контролни въпроси.

1. Каква е разликата в отношението на държавата и обществото към хората с увреждания в Древен Рим, Древна Гърция и Древен Египет?
2. Защо в Рим хората с увреждания са били определяни като “икономическа ценност”?
3. В кой период и къде се създава първият приют за хора с различни видове увреждания?
4. С какво се характеризира периода на Средновековието по отношение на хората с увреждания?
5. Кои са еволюционните етапи през, които преминава отношението на хората към хората с увреждания в следвоенния период (Първа, Втора Световна война)?

6. Кога е създадена Международната федерация по адаптирана физическа активност?
7. Каква е дефиницията за АФА според Hutzler & Sherrill?
8. Кои са видовете АФА?

II Глава.

ВИДОВЕ ИНТЕГРАЦИЯ И СТРАТЕГИИ ЗА АДАПТАЦИЯ.

Настоящата глава разглежда:

1. Терминологията отразяваща промяната на отношението на обществото към хората с увреждания.
2. Видовете интеграция в зависимост от вида на увреждането и от спецификата на разнообразните двигателни и спортни дейности.
3. Модели и стратегии за адаптация в АФА.

Нагласи към хората с увреждания

Обществените нагласи към хората с увреждания преминават през редица етапи, които водят до осъзнаването за създаване, практикуване и развитие на **адаптирани спортни дейности**.

Промяната на обществените нагласи спрямо тази социална група показва пътя, извървян от обществото, за да се стигне до адаптирането на спорта към **функционалните възможности на хората с увреждания**.

Разбиране на терминологията

Интеграция - Обединяване в едно цяло на групи, колективи, страни поради обща работа или/и общи интереси.



Приобщаване/включване

През годините термина **‘приобщаване’** е използван от много правителства, за да опишат различни действия, целящи да „приобщят“ или опитите им да приобщят.

Приобщаване - всички хора, независимо от техните възможности, раса, култура, възраст, пол и най-различни други характеристики, които често се разглеждат като "неравносложно положение", да имат равнопоставен достъп до всички обществени услуги, включително и до спорт.

Приобщаване в спорта - гарантиране, че хората с увреждания са пълноправни и равнопоставени във възможността да практикуват спорт, физическа активност и физическо възпитание или други занимания в среда, която те са избрали.



Видове интеграция

В зависимост от вида на увреждането и от спецификата на разнообразните двигателни и спортни дейности съществуват различни модели на интеграция.

1. Физическа интеграция

Това е първото ниво на интеграция. Свързано е с намаляване на дистанцията, разделяща в чисто физически план хората с увреждания и хората без увреждания. На това равнище двете категории лица практикуват и да се състезават заедно със състезатели с увреждания.

2. Функционална интеграция

Това е второто ниво на интеграция и тук хората с увреждания и техните партньори без увреждания могат да практикуват заедно спорт и физически активности и да имат сравними роли, но при осъществяване на дейностите на различно ниво. Този модел е най-разпространен при реакционният спорт, при училищният спорт или в местните клубове. Така лицата с увреждания може да поемат и ролята на съдии по време на спортните игри заедно с хората без увреждания.

3. Социална интеграция

Социалната интеграция е третото ниво на интеграция и се отнася до всекидневната практика, в която спортисти с увреждания и

спортисти без увреждания споделят еднакви роли и дейности. В това на интеграция двете групи си помагат взаимно. Вариантите на този тип интеграция са: общи тренировъчни занимания; общи съдии или общи треньори; участие в курсове за подготовка; асистирание и др. взаимодействие между спортните клубове за хора с увреждания и на такива спортни структури на общността може да бъде стъпка към ефективна социална интеграция.

4. Социетарна интеграция

Тази интеграция е последното ниво и става дума за достъп до социалните ресурси (работа, дейности в свободното време и др.). премахването на културните бариери и активизирането на връзките и взаимодействията между европейските страни значително промени отношението на обществото като цяло към хората с увреждания. Налице са благоприятни предпоставки за засилване на процеса на интеграция на тези група хора в общността. Спорта е един от тези ресурси и всички хора с увреждания трябва да имат правото и възможностите да се включат в него. Въпреки това в редица страни все още съществува дискриминация по отношение на хората с увреждания и в тази насока е необходимо да се проведе целенасочена интеграционна политика.

Като друг вид определяне на интеграцията се явяват:

1. Индивидуална интеграция

Индивидуалната интеграция се наблюдава в индивидуални спортове като фехтовка, атлетика, ски, плуване и други. Подходящи хора са лица с физически увреждания, със зрителна и слухова недостатъчност.

2. Групова интеграция

Използва се най-често при групи лица с физически и с умствени увреждания. Дейностите, при които се прилага груповата интеграция, са например игрите на Спешъл Олимпикс. Интеграционните въздействия в такива случаи могат да се оптимизират по-



добре от страна на треньори и учители в сравнение с индивидуалната интеграция.

3. Обърнатата интеграция



Този модел се прилага като пример на добра практика в малко страни. Обърнатата интеграция може да допринесе за доброто взаимодействие между спортните структури за хора с увреждания и здрави хора.

Институциите за хора с увреждания интегрират спортисти без увреждания в тренировките и в състезанията. Пример за подобен модел е баскетболът в колички, които позволява на спортисти да практикуват и да се състезават заедно със състезатели с увреждания.

Спектър на приобщаването в спорта



(<https://www.playbytherules.net.au/got-an-issue/inclusion-and-diversity/inclusion-and->

Включването на хора с увреждания се отнася до предоставяне на широка гама от възможности. Да бъдеш приобщен е свързано с предоставянето на набор от опции за грижа за хората с увреждания от всички възрасти, възможности и опит, по възможно най-подходящия начин. Включването се осъществява чрез широк спектър от опции в много различни условия.

Едно от грешните разбираня за включването е, че то се отнася единствено до хората с увреждания и достъпа им до регулярни спортни активности без модификации. Включването обхваща много

различни опции с разнообразни възможности в спорта.

Спектър на възможностите за включване в спорта

1. Без модификации – атлетите с интелектуални увреждания могат да тренират и да се състезават с такива без увреждания навсякъде, без да е нужно специално приспособяване на екосистемата.
2. Минимална модификация – например атлет с визуално увреждане да използва парапет за подпомагане на придвижването.
3. Големи модификации – например атлети, които се състезават в тласкане на гюле, с увреждане на долните крайници в категория седящи при различни правила и модифицирано оборудване срещу други атлети с увреждания в интегрирано състезание по лека атлетика.
4. Спортове предимно за хора с увреждания, но привличащи и здрави състезатели – атлети с увреждания и такива без увреждания се комбинират в отбори за да се развиват - например в баскетбола в колички.
5. Само за хора с увреждания – например в голбал играчите са само и единствено хора със зрителни увреждания.
6. Други роли – хората с увреждания могат да заемат други роли, освен на състезатели – официални лица, треньори, клубни президенти, доброволци.

(<http://inclusivesportdesign.com/tutorials/the-inclusion-spectrum-planning-sport-activities-for-everyone/>, n.d.)

Модели за адаптация в АФА

Основно правило:

„Дейността да се адаптира към нуждите на всяка личност, а не личността да се адаптира към дейността.“

Стратегии за адаптация

По време на спортни занимания, много деца с увреждания изпитват затруднения за присъединяване в игри, които забавляват техните връстници. За това преподавателите трябва да модифицират традиционните методи и стил на преподаване, оборудването, помощта, която оказват, средата, като ги пригледят към нуждите на децата с увреждания.

Всичките адаптации са средства за индивидуализиране на физическите занимания за участници с най-различни възможности. Във всяка една група дори и при лица с увреждания има такива с по-малки възможности от другите. Тези адаптационни стратегии могат да се използват не само при лица с увреждания. Всъщност приобщаващата двигателна активност не трябва да се възприема по-различно, от всяко добро, целесъобразно и индивидуализирано физическо занимание.

Един от теоретичните модели, наложил се в практиката е австралийският TREE – модел. Наименованието е съставено от първите букви на четирите елементи на адаптация.

Teaching style
Rules
Equipment
Environments



Тези елементи включват:

Изменение на инструкциите (указанията)/Педагогически подход

Ясните инструкции са изключително важни.

Промяната на инструкциите включва както стила на преподаване, така и стила на комуникация. Възможно е също да се адаптира преподаването в класа според нуждите на учениците като вместо да се отправят инструкции към всички, да се насочат към по-малки или по-големи

групи и да се използва помощта на ученици, които да помагат в съответната дейност.

За децата със сензорни увреждания е много важно да се адаптира стила на комуникация. За да се изяснят указанията на децата, може да се използва комбинация от вербални инструкции, демонстрации и ръководене на движенията.

Вербални инструкции – ясни и съобразени с нуждите на децата. След обяснението трябва да се провери дали те са разбрали задачите. Трябва да се уверим, че всички деца са чули инструкциите. Ако има деца с увреден слух предварително трябва да сме уточнили начина си на комуникация с тях.

Вербалните инструкции трябва да са съпроводени с демонстрации.

Трябва да се уверим, че всички ни виждат.

Трябва да се покаже цялостното изпълнение на задачата и ако е възможно да се раздели на части.

Ръководене на движенията

Когато се ръководят движенията на някое дете то трябва да бъде информирано кога и как ще му бъде помогнато.

По възможност ръководенето да бъде сведено до тактилно подсещане.

Взаимодействие с партньор

Понякога децата с увреждане може да имат нужда от допълнително подпомагане от партньор. По-принцип това се извършва от АФА инструктор, помощен персонал или доброволец, но присъствието на възрастен може да попречи на социалното взаимодействие с връстниците.

Взаимодействие с връстници – това е един допълнителен метод към основния. Създава се двойка от дете с увреждане и дете без, като така се увеличават възможностите за социализация. Може партньорите без увреждания да се сменят на ротационен принцип.

Промяна на правилата



Втората стратегия за адаптиране се състои в промяна на правилата на игрите или спорта. Те могат да бъдат адаптирани така, че децата да бъдат насърчавани да включват всичките си съотборници в играта. Правилата могат да увеличат шансовете за успех на дадено дете, напр. да се въведе изискване, което да не позволява да се пречи на подаването на някои от участниците при играта на футбол; повече начални удари; повече тупкания на топката; повече или по-малко играчи в отбора.



Заедно с правилата могат да се адаптират и задачите. Степента на трудност да бъде съобразена с индивидуални възможности.

Пример: ако общата задача е да се изпълняват удари с футболна топка към врата, то дете с ДЦП на проходилка може да изпълнява упражнението с плажна топка.

Промяна на обкръжаващата среда



Добра стратегия за адаптиране на физическата активност е да се модифицира заобикаляща среда. Средата може да се промени така, че да стане по-достъпна, например да се поставят рампи за деца с инвалидни колички, да се отстранят пречещите предмети, да се осигури безопасно придвижване на децата със зрителни увреждания, да се осигури достатъчно пространство за децата, използващи проходилки и инвалидни колички.

Адаптирането на средата може да засяга и самата игра, може да направите игрално поле по-голямо или по-малко, мрежата или кошът да са по-високи или по-ниски. Тактилните сигнали могат да помогнат, ако в групата има деца със зрителни увреждания.



Приспособяване на оборудването



Модифицирайки специфичното за спорта оборудване може да се направят различни промени в играта. Така тя може да бъде практикувана едновременно от деца с различни възможности. Промяна на оборудването за една дейност може да я направи по-лесна или по-трудна за изпълнение. Това също може да промени темпа и динамиката на дейността. Приспособяването на оборудването може също да промени необходимите за успешното изпълнение на дейността

умения.

При игрите с топка например, може да се използва балон за намаляване на скоростта, по-малка или по-голяма топка, цветна или със звънчета в нея или с различна твърдост.



Примери за адаптиране на оборудването

- Ръкавици с лепенки велкро за държане на ракетата
- Спортни колички, седящи ски, велосипеди с 3 колела.



(http://play-by-the-rules.s3.amazonaws.com/Resources/R134_DEP_Activity_cards.pdf, n.d.)

Контролни въпроси.

1. Кои са видовете интеграция в зависимост от вида на увреждането и спецификата на двигателни и спортни дейности?
2. Какво е Спектър на приобщаването?
3. Какво гласи основното правило на АФА?
4. Кои са елементите на теоретичния австралийски модел TREE?

Глава III.

ВИДОВЕ УВРЕЖДЕНИЯ И ВРЪЗКАТА ИМ С АФА.

В тази глава ще научите за:

1. Най-разпространените умствени увреждания
2. Най-често срещаните физически увреждания
3. Някои редки синдроми
4. Сензорни увреждания
5. Ампутации и дисмелия
6. Старееенето на човешкия организъм и обуславящите го функционални промени.

УМСТВЕНИ УВРЕЖДЕНИЯ

Класификация според МКБ-10.

- **F70 Лека умствена изостаналост**
- **F71 Умерена умствена изостаналост**
- **F72 Тежка умствена изостаналост**
- **F73 Дълбока умствена изостаналост**
- **F78 Друга умствена изостаналост**
- **F79 Умствена изостаналост, неуточнена**



Медицинска дефиниция на умствената изостаналост (МКБ – 10):

- Състояние на задържано или непълно развитие на интелекта, характеризиращо се с нарушение на уменията, които възникват в процеса на развитие и дават своя дял във формирането на общото ниво на интелигентност, т.е. когнитивните, речевите, двигателните и социалните умения.
- Изоставането може да се съчетава, но може и да не се съчетава с други психични или телесни разстройства. (СЗО, 2003)

Дефиниция на интелектуалните затруднения в спортния контекст:

- Интелектуаните затруднения са характеризирани със значими ограничения, както в интелектуалното функциониране, така и в адаптацията;
- Ограниченията се проявяват преди навършването на 18 годишна възраст;
(https://www.specialolympics.org/Sections/Who_We_Are/What_Is_Intellectual_Disability.aspx, n.d.)

Условия за тълкуване на дефиницията:

- Ограниченията в настоящото функциониране на индивида следва да се оценяват в контекста на социалната и културна среда, типична за възрастта и групата на връстниците.
- Валидната оценка се основава на културните и езиковите различия, както и на различията в общуването, сензорните, моторните и поведенческите фактори.
- При всеки индивид ограниченията често са съпътствани със силни страни.
- При подходяща индивидуализирана подкрепа през продължителен период от време, жизненото функциониране на хората с интелектуални затруднения ще се подобри.

В зависимост от степента на интелектуално увреждането, което имат лицата се нуждаят от подкрепа в различна степен.

Нива на подкрепа:

- **Без нужда от подкрепа** – самостоятелен или знае как да потърси подкрепа
- **Ограничена** - При конкретен повод
- **Продължителна** целенасочена подкрепа.
- **Постоянна** денонощна подкрепа (24 часа).



(<http://www.opentextbooks.org.hk/ditatopic/6238>, n.d.)

Причини за поява на интелектуално увреждане.

- Пренатални - преди раждането
- Натални - от 28 седмица на бременността до 28 ден след раждането
- Постнатални - по всяко време преди 18г.

Пренатални причини:

Неблагоприятна наследственост, демонстрирана като:

- **Генни мутации:** могат да се проявят микроцефалия, макроцефалия, хидроцефалия и др.
- **Хромозомни аберации:** синдром на Даун, синдром на Шерешевски-Търнър, синдром на Клайнфелтър, синдром на котешкия вик, синдром на Патау, синдром на Едуардс, синдром на Реторе.
- **Инфекциозни заболявания:** шарки, туберкулоза, тежки форми на грип, токсоплазмоза, инфекции, предавани по полов път и др.
- **Ендокринни заболявания**
- **Заболявания на обмяната на веществата:** нарушения на обмена на аминокиселините, нарушения на обмена на органическите киселини, болести на натрупването и др.
- **Инттоксикации:** натравяния с олово или медикаменти; употреба на алкохол и др.
- **Облъчвания:** радиационни и рентгенови
- **Травми:** психотравми и стресови състояния, тежки физически травми



Натални причини:

- Патогенни фактори по време на раждане: патологични родови актове или вмешателства в процеса на раждане.
- Продължително или много бързо раждане, асфиксия.

Постнатални причини

Патогенни фактори през постнаталния период (най-често до третата година от развитието):

- Мозъчни заболявания: менингит, енцефалит, менингоенцефалит или възпалителни заболявания на мозъка, вследствие на морбили, скарлатина, заушка, вирусни пневмонии и др.
- **Мозъчни травми поради инциденти** с наранявания, удари, падания.
- Натравяния с лекарства.
- Други

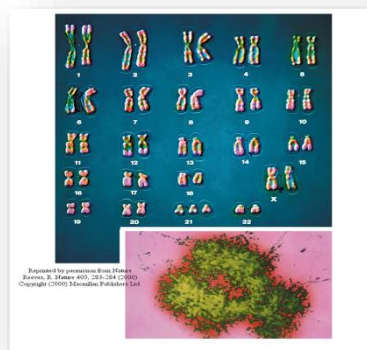


Въпреки разнообразната етиология обаче приблизително в **50% от случаите причините остават неизяснени.**

Синдром на Даун

Синдром на Даун е състояние, причинено от присъствието на една допълнителна хромозома. Най-често срещаната аномалия е Синдромът на Даун - резултат от 3-зомия в 21-вата хромозомна двойка. В резултат хората с този синдром имат в кариотипа си 47 вместо 46 хромозоми.

- Синдромът на Даун засяга средно 1 на 800 бебета.
- Годишно в България се раждат около 100 деца.



Децата със СД споделят определени физически характеристики:

- бадемovidни очи „плосък“ профил на лицето,
- широко чело, малки уши,
- понижен мускулен тонус,
- единична гънка на дланта.



Характерни особености:

Има голямо разнообразие по отношение на *когнитивните способности*:

- Тромави, непохватни, липса на баланс
- Забавени движения
- Неадекватни реакции
- Забавено или невъзможно планиране на действия
- Забавяне на реакциите с възрастта
- Слаби социални, когнитивни и езикови способности; антисоциални
- Изоставане в развитието на базисните психични процеси - внимание, памет, мислене, трудно вземане на решения
- Забавяне в двигателното развитие при силни умствени увреждания
- Ненормално телосложение
- Уголемен корем и наднормено тегло
- Наведена глава; външна ротация на краката; търсене на опора; отклонения на вестибуларната система
- Физическото развитие зависи от степента на увреждане и нивото на физическите занимания
- Наразвита сърдечно-съдова система



- Наразвити белодробно дихателни функции; чести възпаления на дихателните пътища

Социално развитие:

зависими; комуникативни

себенасочени; импулсивни

Фактори, които трябва да имаме предвид при спортни тренировки:

- Хипотония
- Дефицити в баланса
- Кардиологични и белодробни проблеми
- Атланта-аксиална нестабилност (при около 15% от хората с Даун синдром се наблюдава атланта-аксиална нестабилност)

Деца с синдром на Даун минават, както останалите, през всички етапи на развитие, но с по-бавна скорост от нормалната. Освен това се нуждаят от допълнителна помощ и подкрепа, както от родителите си така и от професионалисти. Така те могат да се присъединят пълноценно към семейството си и социалния живот и да развият своя пълен потенциал. Той ще бъде различен във всеки случай, както е при всеки индивид и без подобно заболяване. Някои възрастни със синдром на Даун водят почти независим живот, докато други се нуждаят от редовни грижи. Повечето възрастни със синдром на Даун живеят около 55 години или малко повече.

Синдром на Шерешевски-Търнър

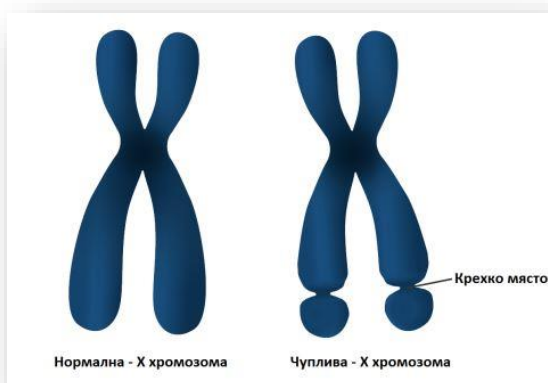
- Заболелите от този синдром са само момичета. При тях вместо 2 X хромозоми има само 1 (или в редки случаи 3 X). В 75% от случаите става въпрос за загуба на бащината X хромозома.
- Заболяването се среща с честота 1:2000 новородени
- Признаци: забавяне и ранно спиране на растежа; неразвити или липса на яйчници, не се развиват вторичните полови белези, в повечето случаи има наличие на умствена изостаналост

- Подлежи на хормонално лечение

Синдромът на котешкия вик

- Причина: дължи се на загуба на гени, намиращи се в късото рамо на пета хромозома
- Синдромът носи името си от характерния плач на новородените – той наподобява мяукане.
- Симптоми - ниското тегло и трудното хранене, ниско разположени уши; необичайно оформени или прекалено раздалечени очи; микроцефалия (малка глава); мирогнатия (малка долна челюст); незавършено разделяне на пръстите на ръцете и/или краката; наличие само на една линия на дланта на ръката.
- Засегнатите деца страдат от вариращо по тежест умствено изоставане.
- Възможни са и поведенчески симптоми – хиперактивност, агресия и др.

Синдром на чупливата X хромозома (Fragile X syndrome)



- Синдрома на чупливата X хромозома е генетично заболяване, често е причина за **аутизъм** или недоразвити умствени способности.

• Синдромът на чупливата X хромозома се причинява от загуба на ген, отговорен за синтезата на специфичен протеин, отговорен за правилното умствено развитие

- 2 до 6% от децата с аутизъм имат синдром на чуплива X-хромозома, което налага тестването на всички деца с аутизъм за това заболяване.

- Честотата на заболяването е 1:3600 мъже и 1:4000-6000 жени.

Засегнатите индивиди имат изява на различни симптоми, които могат да се разделят на следните групи:

- свързани с интелекта и ученето;
- с физическа изява;
- социални и емоционални;
- свързан с говора;
- сензорни.



По-силна е изявата на синдрома при мъже, т.к. те имат само едно копие на X-хромозома. При жените, които имат една засегната и една нормална хромозома, изявата на симптомите е редуцирана.

Фетален Алкохолен Синдром



- Основните последици на Фетален Алкохолен Синдром са: увреждане на централната нервна система, особено на мозъка на бебето. Увреждане на мозъчните клетки и структури, което може да доведе до функционални увреждания.

Фетален алкохолен синдром е модел на психически и физически дефекти, които могат да се развият в плода, поради наличността на високи нива на консумация на алкохол по време на бременност. Фетален алкохолен синдром е обявен и признат през 1973 година в САЩ. Индикации, че може да се пие, но по – малко и не високо алкохолни напитки са неубедителни. Настоящата препоръка както на американски и британски лекари е да не се пие никакъв алкохол по време на бременност. Родителският алкохолизъм е главната причина за фетален алкохолен синдром. Едно проучване на над 400 000 американски жени, всички които са употребили алкохол по време на бременност, стига до заключението, че консумацията на 15 или повече питиета на седмица се свързва с намаляване на теглото при раждане. Алкохолът преминава през плацентата и може да повлияе на растежа на плода или на теглото. Също така може да причини лицеви деформации, увреждане на невроните и мозъчните

структури, което може да доведе до психологически и поведенчески проблеми, което от своя страна може да причини друга физическа деформация на детето. Проучвания доказват, че около 15% от бременните жени употребяват алкохол дори и в малки количества по време на бременността.

В САЩ и Европа разпространението на Феталния алкохол синдром е около 0,2 до 2 на всеки 1000 живо родени деца.

Синдром на Ангелман

Синдромът на Ангелман е невро-генетично заболяване, характеризиращо се с изоставане в умственото и физическо развитие.

Част от симптомите са:

- чест безпричинен смях и усмихване,
- гърчове,
- проблеми с говора, ходенето,
- треперене и поява на внезапни движения (пляскане).



Синдром на Прадер-Вили (Prader-Willi syndrome)



Синдромът на Prader-Willi (PWS) е комплексно генетично състояние, дължащо се на нарушение на гени в хромозома 15.

- В 70% от случаите се установява делеция – откъсване и загуба на част от хромозомата. В 25% – цялата бащина хромозома липсва.
- Разпространение – 1 на 10 000
- Най-честите характеристики, свързани с това заболяване, включват хипотония, затлъстяване, нисък ръст, малки полови органи, малки

ходила и длани, когнитивни разстройства (възможно е и нормално УР), поведенчески проблеми, **липса на усещане за ситост**.

Аутизъм

Аутизмът е най-общо разстройство на мозъка. Повечето лекари го определят по-скоро като **състояние**, а не като заболяване. Хората с аутизъм имат проблеми с комуникацията и социалните отношения. Също така може да имат **нетипични**: начин на поведение, интереси, движения.



Има 5 вида аутизъм. Най-често срещаните са следните три:

- - **класически аутизъм**
- - **синдром на Asperger** – по-леката форма
- - PDD-(NOS) (Not Otherwise Specified – **неспецифицирано по друг начин**) – използван да опише групата от децата, които не се вписват в останалите видове аутизъм

По-рядко срещаните са следните 2:

- **синдром на Rett** – неврологично разстройство, което е по-често срещано при момичетата. Включва проблеми с движението и речта, заедно с останалите характерни симптоми за аутизма.
- **детско дезинтегриращо разстройство** - най-тежката форма на заболяването, при която детето губи повече физически, езикови и социални умения, отколкото при останалите форми.

Симптоми

При раждането на дете с аутизъм, то **изглежда напълно нормално**. Симптомите могат да се проявят още по време на първата година, но едва на втората/третата година родителите могат да разберат, че нещо не е наред.

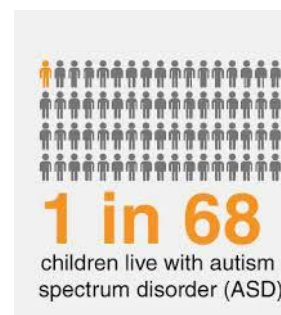
Поведение:

- Децата с аутизъм могат да реагират **нетипично**, когато бъдат докосвани.
- **нетипични игри** – проходящо дете с аутизъм обикновено игнорира останалите деца и предпочита да играе само. Детето може да прекара много часове, стоейки тихо (като в транс) или концентрирайки се върху определен обект. Всеки опит да се отвлече вниманието му може да предизвика емоционален изблик.
- **неправилна реч** – децата не говорят много или остават напълно тихи. Ако говори, детето повтаря това, което е казал друг човек. Стилът на изказ е друг.
- **повтарящо се поведение** – детето повтаря една и съща фраза или настроението му не се променя. Пляскането с ръце, посочване с пръст, люлеенето са типични.
- **ненормално поведение** – децата могат да развият някои натрапчиви навици – желание да минават по един и същ маршрут към училище всеки ден, завъртане всеки път, когато влизат в стая, силно разсейване от определени дейности или предмети. Понякога могат да бъдат “свъръхактивни”, агресивни, импулсивни. Някои могат умишлено да се нараняват

През 1968 г. се появява статия, която бележи началото на промяна в начина на възприемане на аутизма и върви към онова, което е прието в наши дни.

Майкъл Рутър предлага симптомите на аутизъм да бъдат групирани в 3 големи категории:

- липса на интерес към общуване с другите
- нарушения в комуникацията по-скоро в качествен, отколкото в количествен аспект
- липса на въображение, проявявана чрез много ограничени интереси или ритуално поведение.



Аутизмът засяга 6 на всеки 1000 деца - от всички расови, етнически и социални сфери. А според данни на СЗО при 1 на всеки 68 деца се проявяват характеристики от аутистичния спектър.

- Всички видове, с изключение на синдрома на Rett, са от 3 до 4 пъти по-често срещани при момчета, отколкото при момичета.
- Аутистичен спектър - предполага един континуум (непрекъснато множество) от разстройства или състояния, които варират по представяне, тежест на нарушенията и общите прогнози и перспективи, но които са свързани в основата си по прилежащите нарушения или дисфункции и може би по общата им етиология. Основната връзка най-общо се вижда като “трите нарушения” (въпреки че в обясненията на Уинг за аутистичния спектър тя идентифицира стереотипното поведение, интереси и нарушени дейности като свързани специално с нарушения във въображението. Те са свързани, но изискват различен подход към психологичната основа на аутизма).

ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА (ДЦП)



Детската церебрална парализа (ДЦП) представлява непрогресиращи двигателни промени – парези, неволеви движения, координационни нарушения и промени в мускулния тонус, които са резултат от мозъчни увреждания в предродовия, родовия и следродовия период. Чести придружаващи симптоми са: зрителна и очедвигателна непълноценност - нарушена функция на очедвигателните нерви, епилептични пристъпи, говорни нарушения, изоставане в интелектуалното развитие.

- Най-честите причини са **вирусни инфекции** (рубеола вирус, цитомегаловирус, херпес вирус и др.), прекарани по време на бременността.
- Медикаменти (седативи, психотропни, антиконвулсанти), както и други психоактивни вещества (никотин, алкохол), които са употребявани по време на бременността.
- Рисков фактор са **недоносените бебета**, новородените, които не изплакват в първите 5 минути след раждането, **децата с мозъчен кръвоизлив** и тези, които се нуждаят от кувьоз повече от 4 седмици.

- Но най-честата причина е **продължителното раждане**, както и вътречерепни кръвоизливи.



ЗРИТЕЛНИ УВРЕЖДАНИЯ



- Зрението се определя като способност за възприемане на светлинни дразнения и изграждане на образи представляващи субективно отражение на обективната действителност. Това го определя като сложен оптичен и психо-физиологичен процес.

Зрителната сетивна система обединява зрителния орган (окото), зрителните нерви и зрителните центрове в мозъка.

По данни на СЗО 285млн. души се оценяват с визуални увреждания – 39млн. са напълно слепи и 246млн. с нарушено зрение. 82% от слепите хора са на възраст над 50г.

Деца със зрителни увреждания изостават спрямо връстниците си по: тегло – 3 до 5% , ръст – 5 до 13см, имат нарушена координация, намалена мускулна сила, особено статична издръжливост, намалена гръдна обиколка, нарушения в позата – кифоза, лордоза, сколиоза, плоскостъпие, страдат от чести настинки, дихателни и респираторни заболявания.



Характеристика на зрението

- Светлочувствителност
- Цветоусещане

- Зрителна адаптация
- Контрастна чувствителност
- Зрителна острота
- Скорост на забелязване на движението

Класификация на зрителните увреждания

1. Тотално слепи

Зрителната острота е равна на 0. Няма никакви светлинни възприятия.

2. Перцепция на светлина - светоусещане

Има визуус от 0 до 0,01. Може да се различава тъмно от светло, нощ от ден и се усеща движението на ръката непосредствено пред очите.

3. Частично виждащи

Има зрителна острота от 0,01 до 0,04 на по-добре виждащото око. Различават се цветове, контури и силуети, обекти от близко разстояние, може да се четат големи реклами и наименования на вестници.

Специфични особености в психическото и физическото развитие при зрителните увреждания:

- Нарушения в двигателната сфера и пространствената ориентация
- Поява на двигателни стереотипи
- Затруднено формиране на пространствените представи и мобилност.
- Специфични особености при формиране на речта
- Нарушенията в сферата на възприятията
- Специфики на паметта
- Затруднени процеси на анализ, синтез, сравнение, класификация, абстракция и обобщение

- Затруднено формиране на навици за самообслужване, за лична хигиена, за култура на поведение

СЛУХОВИ НАРУШЕНИЯ/УВРЕЖДЕНИЯ

Слухът е способност на организма да възприема и диференцира звуковите колебания посредством слуховия анализатор. Нарушенията на звуковия анализатор могат да доведат до глухота и слабо чуване.

Глухотата е сензорен дефицит, при който личността не може да възприема звукови стимули във всичките им форми.

Слабото чуване е нарушение на слуха до такава степен, че за да се възприемат звуковите колебания, са необходими специални адаптационни конструкции. Повечето от лицата със слухово увреждане притежават остатъчен слух.

Според СЗО около 5% от населението или 360млн. души са с затруднения в чуването – 328млн. възрастни и 32млн. деца.

Почти 1/3 от хората над 65г. имат загуба на слуха в някаква степен.

По прогнозни данни от изследване проведено от СЗО 1,1 млрд. тийнейджъри са застрашени от загуба на слух – следствие от използване на персонални плейъри, таблетки, смартфони, както и посещаване на нощни клубове, концерти и дори спортни събития.

Загубата на слуха при децата

Загубата на слуха при децата води до нехармонично физическо развитие в 62% от случаите, 43% имат дефекти в опорно-двигателния апарат – сколиоза, плоскостъпие и др, в 80% от случаите има задръжка в моторното развитие, при 70% има съпътстващи заболявания. Наблюдават се нарушения в локомоторните функции, нарушена е ориентацията в пространството.

Нарушенията в двигателната сфера се проявяват в:

- изоставане в силата на основните мускулни групи на тялото и ръцете,
- изоставане в скоростно-силовите и скоростните качества от 12 до 30%

- трудности при статично и динамично равновесие
- неточна координация, неувереност в движенията – особено при овладяване на ходене
- относително ниско ниво на ориентиране в пространството
- забавено темпо на изпълнение на отделните движения
- характеризират се с лесна уморяемост, недоразвита памет
- добре развита зрителна памет

Спортни възможности за хора със слухови увреждания - Deaflympics Games

- Състезатели със слухови затруднения или глухота
- Загуба на слуха – минимум 55 децибела в по доброто ухо

ТРАВМИ НА ГРЪБНАЧНИЯ СТЬЛБ



Между 250 и 500 хиляди нови случая на година в света!



Видове травми на гръбначния стълб:

- **Черепно-гръбначни травми** - травмата е локализирана на нивото на първи или втори шиен прешлен.
- **Шийни травми на гръбначния стълб** - засегнати са областите между третия и седмия шиен прешлен.
- **Гръдни травми на гръбначния стълб** - засягат областта от първи до десети гръден прешлен.
- **Гръдно-поясни травми на гръбнака** - касаят зоната между десети гръден и първи поясен прешлен.
- **Поясно-сакрални травми** - уврежданията, които се намират между втори поясен до първи сакрален сегмент.

Травми според вида на увреждането:

Гръбначните травми могат да бъдат класифицирани по видове според характеристиката на увредата:

- контузия;
- кръвоизлив;
- сътресение;
- травма с увреждане на гръбначномозъчните коренчета;
- лезия на периферните нерви;
- прекъсване на гръбначния мозък;

Основните причини:

- пътно-транспортни произшествия
- спортни травми



- промишлени злополуки и битови инциденти
- падания и различни видове компресионни травми.



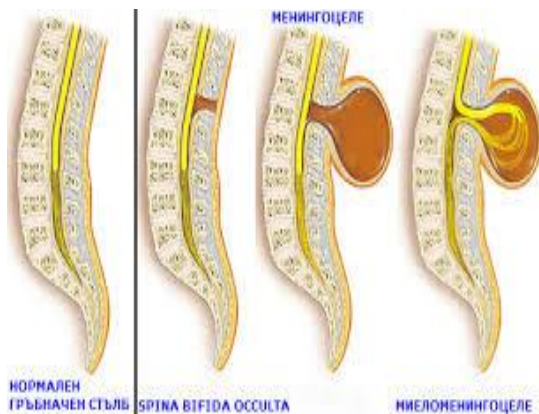
Освен наранявания и увреждане на прешлените, други възможни последствия при наранявания на гърба могат да са травми на гръбначния мозък и периферните нерви.

Рехабилитацията на гръбначните травми:

- **Основни направления** – физиологично и психологическо.
- **Рехабилитационната програма** - включва упражнения, насочени към укрепването на мускулите и раздвижването. Тези мерки могат да бъдат подкрепени с различни програми и упражнения, които да подпомагат развитието на фините движения (напр. в пръстите на ръцете).
- **Начален етап на спорт** - плуване, каране на ръчно колело и специфични дихателни упражнения
- **ВНИМАНИЕ** – медикаментозно лечение и хранене



СПИНА БИФИДА



бременността.

Спина бифида - **вродена аномалия** в развитието на гръбначния стълб и гръбначния мозък, при която има отвор в гръбначния канал, през който е възможно да се подава част от гръбначния мозък. Най-големият **рисков фактор** за появата на спина бифида е недостатъчен прием на фолиева киселина преди и по време на

Симптомите и усложненията на спина бифида се разделят в три основни категории – когнитивни, двигателни и симптоматика от страна на вътрешните органи – черва и/или пикочен мехур.

Загуба (дефицит) на крайник

Вродени аномалии на опорно-двигателния апарат

Дисмелията е аномалия на крайниците при раждането.



- **Плюсови аномалии** – по-голям брой пръсти.
- **Минусови аномалии** - разделят се според степента на дефекта: пълна липса на някои от крайниците; скъсяване на крайника; форма на крайника, съпоставимо с ампутация; липса на дългите тръбести кости на крайниците.

Спортна рехабилитация - засилване на мускулни групи; Тренировъчни програми за упражнение на заместващи функции; стимулиране на координацията

Ампутацията представлява отстраняване на орган или крайната най-дистална част на органа. Касае се за оперативни намеси, целящи хирургично отстраняване на цели горни или долни крайници или крайни техни части (пръсти на ръката или крака, стъпало, длан).

- **Показания за извършване на ампутация:**
 - 1. Тежки циркулационни смущения
 - 2. Туморни новообразувания
 - 3. Травми – най-често следствие от претърпян инцидент, изгаряния.
 - 4. Инфекции
 - 5. Вродени аномалии

Препоръчва се ранна рехабилитация, която да започне на 2-3 ден след операцията при липса на други увреди. Целите на спортно тренировъчните програми се определят индивидуално.

В паралимпийския спорт има и категория увреждания „Всички останали“

- Малки хора
- Мускулна дистрофия
- Множествена склероза
- Вродени малформации
-и много други



СТАРЕЕНЕ – ФУНКЦИОНАЛНИ ПРОМЕНИ



По своята същност процесите на стареенето се състоят в регресивно развитие и атрофия на клетките, тъканите, органите и системите на човешкия организъм. Намиращи се в процес на регресия, клетките постепенно намаляват обема си. Протоплазмата им намалява до степен на тънка обвивка на ядрото. Ядрото също намалява, сгърчва се и постепенно изчезва. Орган, в който се намират клетки в процес на регресивно развитие и изчезване, намалява своя обем, атрофира. По своята същност атрофията може да се определи като частична смърт на активната протоплазма на отделна клетка в още живия организъм.

Стареенето е продължителен биологичен процес, който включва цял комплекс от морфологични и функционални промени в организма.



Важно значение при стареенето има хиподинамията (намалената подвижност) - понижава се мускулната сила, по-лесно настъпва умора. Хиподинамията намалява жизнените функции на организма.

- Сърдечно-съдовата система - настъпват дистрофични (намаление на храненето) промени в миокарда, поради намаленото му кислородно снабдяване; развива се атеросклероза.
- Нервната система - централната нервна система започва да старее твърде рано. Психомоторната реакция започва да се забавя към 25 –

30 годишна възраст, паметта се снижава след 30 годишна възраст, а способността за обучение още след 20-те.

- Сензорна - намаляват зрението и слуха
- Хормони и метаболизъм - Диабет; Намаляват приспособителните възможности на организма към околната среда.
- Дихателната система - вдишваният обем на белите дробове намалява и намалява оксидацията (снабдяването с кислород) на кръвта
- Психика - апатия, отчужденост, вътрешна тревога, сънливост или безсъние, старческа депресия
- Костно-свързочния апарат - наблюдават се дегенеративни процеси в ставния хрущял свързани със загуба на еластичност, отлагане на соли под формата на зърна в ставите, остеопороза и образуване на остеофити, стесняване на ставната цепка, артроза и др., които силно ограничават подвижността на ставите, предизвикват болки, изменят походката, влошават сойката. Промените в опорно-двигателния апарат обхващат костите, сухожилията и мускулите и се характеризират с изразена остеопороза, регресия и атрофия.

При занимания с физическа дейност, мускулната дейност играе активна роля за функционалното натоварване на всички системи, които участват в обмяната на веществата. Повишената интензивност на енергетичните процеси свързани с физическата дейност способстват за по-бързото и по-пълно асимилиране на веществата и тяхното разграждане до крайни продукти. Това се осъществява благодарение на повишената активност на регулаторните механизми в организма на възрастния човек, занимаващ се системно с физически упражнения.

Движението има водеща роля в забавянето на стареенето!



Контролни въпроси

1. Какво представлява умствената изостаналост?
2. Кой са нивата на подкрепа?
3. Кой са периодите по време, на които може да се появи умствено увреждане?
4. Охарактеризирайте причините за поява на умствено увреждане.
5. В какво се изразява увреждането синдром на Даун?
6. Кой са сферите в които има нарушения при аутистичните разстройства?
7. Какво е поведението при деца с аутистични разстройства?
8. Какво увреждане и ДЦП?
9. Кой са сензорните увреждания?
10. Какви са видовете травми на гръбначния стълб спрямо локализацията си?
11. Кой са основните причини за травмите на гръбначния стълб?
12. Какво е дисмелията и какви видове има?
13. Какви физиологични изменения настъпват в стареещият организъм?

Глава IV.

МЕЖДУНАРОДНИ СПОРТНИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗА ХОРА С УВРЕЖДАНЯ

Тази глава включва информация за:

1. Международните спортни организации за хора с увреждане - създаване, развитие, връзки и взаимодействия между тях.

Международен паралимпийски комитет(МПК)



IPC – International Paralympic Committee

МПК е главната структура, която управлява Параолимпийското движение. Той ръководи

организирането на летните и зимните Параолимпийски игри.

МПК служи като международна федерация по 10 спорта и съответно ръководи и организира световни и други първенства.

Основан е на 22 Септември **1989г.** със седалище – Бон, Германия, като международна организация с нестопанска цел.



Членове:

- 162 Национални параолимпийски комитета (NPCs) от пет региона
- 4 световни организации представящи определен вид увреждания (IOSDs).

МПК в момента признава четири ISOD's (Международни организации за спорт за хора с увреждания):

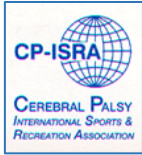
	<u>IWAS: International Wheelchair and Amputee Sports Federation</u>
	INAS: The International Federation for Intellectual Disability Sport
	<u>CPISRA: Cerebral Palsy International Sport and Recreation Association</u>
	International Blind Sports Association

1. Международна Стоук Мандевилска федерация за спортове на колички International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation (ISMWSF)

Спортната организация е основана в Стоук Мандевил, Англия през **1960** година от хора с гръбначно-мозъчни увреждания.

- **1972** се преименува на Международна федерация за Стоук Мандевилските игри - International Stoke Mandeville Games Federation (ISMGF)
- **1991** – ISMWSF симпозиум за въвеждане на функционална система за класификация; Отварят офис и наемат персонал

- **2003** International Wheelchair and Amputee Sports Federation (IWAS) (Анекс за включване на физически увреждания - „Ампутирани“ и „Всички останали“) (IWAS, n.d.)



Международна асоциация за спорт и рекреация за хора с церебрална парализа

CP-ISRA – Cerebral Palsy International Sports and Recreation Association

Основана е на 16 Септември 1977 година.

- Дейност - свързана с ръководство, организиране и провеждане на състезания на регионално и световно ниво.
- Създава условия и възможности за участието на хора с церебрална парализа (и свързани състояния: частично травматично увреждане или мозъчни травми) в занимания със спорт и рекреационни двигателни активности.



В спортната структура членуват повече от 70 страни. (CP-ISRA, n.d.)



Международна федерация спорт за слепи

IBSA – International Blind Sports Federation

Спортната организация е създадена през месец Април 1981 година. Нейната е свързана с ръководство, организиране и провеждане на състезания на регионалното и световно ниво, както и създаване на условия и възможности за практикуване на спорт за хора с увреждане на зрението (с парциална и тотална слепота). От същата година асоциацията участва в програмата на летните и зимните параолимпийски игри.

Целта на дейността в организацията е:

- Да стимулира и окуражава приятелските взаимоотношения сред слепите състезатели.
 - Да мотивира слепите хора към масово участие в системните двигателни спортни активности
 - Да разпространява идеите за състезателният и рекреативният спорт за слепи.
 - Да поддържа олимпийският идеал и действия в съгласие с неговите принципи.
 - Да разпространява целите и идеите на IBSA в училищата за слепи.
 - Да разпространява и координира международните събития и дейности с цел стимулиране на бъдещето развитие на спортните програми за слепи за всички нации.
 - Да доставя на международния форум възможности за обмяна на опит, както цели и ресурси, свързани със спорта за слепи.
 - Да подчертава универсалната роля на спорта за слепи.
 - Да предоставя помощ на съответните организации и институции за индивидуална работа в областта на спорта за слепи.
- (IBSA, n.d.)



Международна федерация спорт за интелектуални увреждания

The International Federation for Intellectual Disability Sport (INAS)

INAS (с първоначално название INAS-FMH, INAS-FID) е основана през **1986г.** Учредена е от 14 нации, достигнали 70 в момента.

- **1989** - '1st World Games for Athletes with an Intellectual Disability'
- 1996 – демонстрационни дисциплини по време на Паралимпийските игри в Атланта
- **2000** - Паралимпийските игри – атлети с интелектуални увреждания участват в 3 спорта - атлетика, плуване, баскетбол

- 2000 – ноември 2009 вето върху участието в Паралимпийските игри
- 2012 – възстановява се участието на атлети с интелектуални увреждания в Паралимпийските игри - атлетика, плуване, тенис на маса

(INAS, n.d.)



Международен спортен комитет за глухи

CISS – International committee of sport for the deaf

Първи „Международни тихи игри“ – **1924** в Париж, които се провеждат по време на олимпийските игри също в Париж.

По това време се създава и **Международния комитет за тихи спортове.**

- 1955 – МОК признава преименувания Международен комитет за спорт за глухи.



Международните игри се провеждат на всеки четири години с прекъсване от 1940 до 1948г. (ICSD, n.d.)



Спешъл Олимпикс Интернешънъл(СО)

Спешъл Олимпикс Интернешънъл (СОИ) е международната управляваща структура на Спешъл Олимпикс Движението.

В изпълнение на своите отговорности като световен управителен орган на СО, СОИ установява и налага всички официални политики и изисквания на СО, контролира провеждането и разширяването на Акредитираните програми на СО в целия свят и осигурява обучение, техническа помощ и друга подкрепа за Акредитираните програми и Комитите за организиране на игри. СОИ е нестопанска корпорация, организирана по законите на окръг Колумбия, САЩ, със седалище във Вашингтон, Д.С.

- 1960 – първи действия на правителствено ниво
- **1968** – първи Международни Летни игри
- 1971 – Признание от U.S. Olympic Committee
- 1986 – ООН обявява годината на СО



През 1988 Международният Олимпийски Комитет подписва исторически документ с който официално признава Спешъл Олимпикс и им дава правото да носят това име.

На всеки 2 години организират Спешъл Олимпикс игри, като се редуват Зимни с Летни. (<https://www.specialolympics.org/>, n.d.)



Европейски Паралимпийски Комитет

Основан е през 1991 година. Настоящото си име носи от 1999г. Постоянният му офис от 2008г. е във Виена , Австрия.

Цели:

- Повишаване броя на участниците
 - Младежки програми
 - Повишаване броя на жените атлети
-
- **European Paralympic Committee Youth Games**
Европейски Паралимпийски Комитет – Младежки игри

Младежките игри на ЕПК през 2012:

- 4 дневно състезание
 - Различни нива на увреждане
 - Участници – деца и младежи от Европа
- 29 юни- 2 юли 2011, Бърно, Чехия
 - 20 - 24 Юни 2012, Бърно, Чехия
 - Фестивал - 2013, Утрехт,
 - 16-19 юли 2015 – Вараждин, Хърватско



Холандия

(Para youth games)

- С помощта на Европейската комисия и Фондация “Emil”
 - Състезателен характер
 - Включваща среда
 - Образователен ефект
 - Спортове:
 - Атлетика, Боче, Плуване, Баскетбол, Тенис на маса, Ветроходство и Ръгби на колички.
- (ЕПС, n.d.)

Контролни въпроси:

1. Коя структура управлява паралимпийското движение?
2. Кои са четирите ISOD^s признати от МПК?
3. Кои са трите най-големи спортни движения за хора с увреждания в света?

ПАРАЛИМПИЙСКИ ИГРИ – ИСТОРИЯ И ВИДОВЕ КЛАСИФИКАЦИЯ

Този раздел включва:

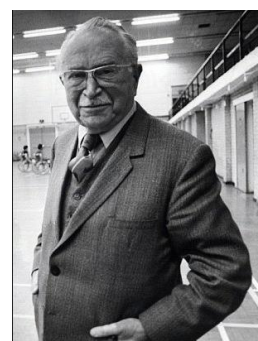
1. История и възникване на Стоук Мандевилските игри
2. История на Паралимпийските игри – ключови моменти и важни документи.
3. Българска параолимпийска асоциация.
4. Класификационни системи - еволюция от Първите паралимпийски дни до днес.
5. Класификационни групи в Паралимпийските игри.

Мото: Дух в движение!

Лудвиг Гутман е роден на 03 юли 1899 в Тост, Горна Силезия, Германия (сега Тошек в Полша), и израснал с еврейската вяра.

Учи медицина в университета в Бреслау /сега Варшава/ през 1918 г., след като е бил отхвърлен за военна служба по здравословни причини.

1944г. заема поста си в Стоук Мандевилската болница.



Стоук Мандевилските игри

28.08.1948г. – 16 ветерани от II Световна война (14 мъже и 2 жени) взимат участие в състезание по стрелба с лък в Стоук Мандевилската Болница.

От 1949г. до 1951г. броят на участниците постоянно расте в този своеобразен фестивал на спорта.

1952г. Присъединяват се холандските ветерани.



Учредява се Международния Комитет на Стоук Мандевилските игри International Stoke Mandeville Games Committee (ISMGC).

Броят на спортовете нараснал от 1 през 1948г. - стрелба с лък, до 11 през 1959г. - стрелба с лък, нетбол, снукър, хвърляне на копие, тенис на маса, плуване, фехтовка, баскетбол, тласкане на гюлле, пентатлон и др.)

Атлетите:

От 16 достигнали до 360!

1960г. – Рим, Италия – ПЪРВИ ЛЕТНИ ПАРАЛИМПИЙСКИ ИГРИ

Параолимпийските игри се провеждат на всеки 4 години, винаги в годината на Олимпийските игри.

Сеул **1988г.** - Летните параолимпийски игри и Албертвил **1992г.** - Зимни параолимпийски игри – игрите се провеждат на същото място и използват същите съоръжения, както Олимпийските игри.

В началото:

- Фокуса е върху хората с травми на гръбначния стълб
- Борба за влияние между различните групи увреждания

Настояще:

- Действия целящи повишаване броя на участниците
- Подобряване на резултатите
- Публичност и повишен интерес от страна на медиите (особено след игрите в Барселона през 1992 година)
- Повишен интерес от страна на зрителите (Сидни 2000)
- Участието на хора с интелектуални увреждания (скандала от 2000; 2004 – забрана; 2008 – частично участие и оценка на представянето;

2009 МПК отменя забраната и приема нова методика за допустимост "sports intelligence" tests

1989г. - Създава се
Международния



Параолимпийски комитет (IPC) – с настоящо седалище в Бон, Германия.

2000г. – Подписва се първият Меморандум за разбирателството (Memorandum of Understanding) между IOC и IPC

2001г. - Подписва се втората част от меморандума - “One Bid, One City”

2012г. Лондон – Продължава се сътрудничеството по меморандума с IOC, като се удължава да покрие и игрите през 2020г.

Спортове в Летните паралимпийски игри/2016г. Рио, Бразилия/:

22бр., като новите спортове, които са присъединени са кану и триатлон.

Спортове:

Стрелба с лък, Бочиа, Езда, Джудо, Пара Стрелба, Тенис на маса, Баскетбол в колички, Ръгби в колички, Пара Атлетика, Кану, Футбол-5, Пара Пауърлифтинг, Ситинг Волейбол, Таекуондо, Пара Танци, Тенис в Колички, Бадминтон, Колоездене, Голбал, Гребане, Пара Плуване, Триатлон, Фехтовка в колички.

1976г. – Орншколдсвик, Швеция – Първи Зимни Параолимпийски игри

2 спорта – алпийски ски, кроскънтри

Geilo 1980 г. - 3 спорта - алийски ски, кроскънтри, пързаяне с кънки

Innsbruck 1988г. – 4 спорта - алпийски ски, кроскънтри, пързаяне с кънки, биатлон

Lillehammer 1994 - 5 спорта, алпийски ски, кроскънтри, пързаяне с кънки, биатлон, пара хокей на лед

Torino 2006 – кърлинг в колички – нов спорт

Спортове в Зимните паралимпийски игри/2014г. Сочи, Русия/:

Спортове:

5бр., като сноуборда е представен като дисциплина в алпийските ски.

Пара Алпийски ски, Пара биатлон, Пара Крос-кънтри, Пара хокей на лед, Пара сноуборд, Кърлинг.

(IPC, n.d.)

Българска параолимпийска асоциация

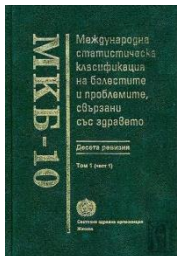
1981г. – учредява се републиканска секция “Спорт сред инвалидите” към БСФС

1992г. - преименува се на Българска Федерация “Спорт за инвалиди”

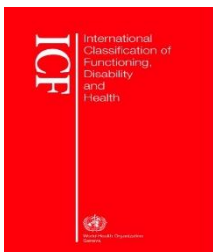
2003г. - като единствена организация представляваща България в IPC тя променя името си на “Българска Параолимпийска Асоциация”

Класификационни системи

Класификация е подреждането на живите организми по групи въз основа на определени признаци и критерии, както и обяснението на това подреждане.



Медицинският модел разглежда увреждането като особеност на човека, пряко свързана със заболяване, травма или друго здравословно състояние. Тази особеност изисква медицинска грижа, осигурена под формата на индивидуално лечение, извършвано от здравни експерти. Медицинският модел вижда увреждането като състояние, при което човек има нужда от медицинско или друг вид лечение или интервенция, с цел да се „отстрани” проблемът.



Социалният модел на уврежданията, от друга страна, разглежда увреждането като породен от обществото проблем, който съвсем не представлява лична характеристика на човека. При социалния модел, увреждането изисква политически отговор, тъй като проблем създава недостъпната физическа среда, която е такава поради нагласи и други особености на социалното обкръжение.

Класификация в пара спорта

- Класификацията (Classification) е система от признаци, която осигурява равнопоставеност на възможностите на спортистите с увреждания по време на спортно съревнование.
- Тя изпълнява две основни функции, които са:
 - Определяне на годността на спортиста
 - Групиране (определяне на клас) на спортиста за участие в състезание

Медицински базирана класификационна система:

- Атлетите получават класове спрямо техните медицински диагнози и се състезават в този клас във всички спортове.

Проблеми:

- Много класове
- Неравнопоставеност при различните спортове
- Невъзможност понякога за сформирание състезателна група

Спортно-специфична функционална класификационна система:

Основният фокус, който определя класа на атлетите не е увреждането и медицинската диагноза, а как увреждането влияе върху спортното представяне.

Преимущества:

- По-малко на брой класове
- Равнопоставеност
- Неутралност

Класификацията определя структурата на състезанията

Видове увреждания:

От 1960г. до 1976г. –1 вид - гръбначно-мозъчни травми

1976г. – 3 вида - присъединяват се зрителни увреждания, атлети с ампутации

1980г. – 4 вида - присъединяват се и атлети с церебрална парализа

1984г.– 5 вида - сформира се и клас 'всички останали' – атлети, които не отговарят на горните 4 класа - МЕДИЦИНСКА КЛАСИФИКАЦИЯ

1996г.– 6 вида – зрителни, ампутации, церебрална парализа, гръбначно-мозъчни травми, интелектуални, всички останали

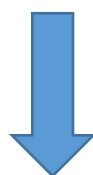
В момента групите увреждания в Паралимпийските игри са 5:

- ALA — Amputee and les autres (Ампутации и други)
- CP — Cerebral palsy (церебрална парализа)
- ID — Intellectual disability (интелектуални увреждания)
- VI — Visually impaired (зрителни увреждания)
- WC — Wheelchair (Колички)

От 2012г.



10 класификационни групи





Различните класове се определят след множество от дейности, които могат да включват:

- Физически тестове
- Оценка на техническото ниво
- Наблюдение по време на състезанието и в ежедневни дейности

Лека Атлетика – Класификация

- **Шест основни категории, все още класифицирани чрез медицинска класификационна система.**
- Церебрална парализа
- С ампутации
- Малки хора
- На колички
- Зрително увредени
- Когнитивни нарушения
- Тези категории се подразделят на **субкатегории, известни като класове.**
- **T= Track events** - бегови дисциплини

- **F=** Field events - хвърляния
- **Номерът** на групата **показва степента на увреждането**. С по-малки номера се отбелязват по-тежките увреждания.

КЛАСОВЕ ЗА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

- **F32** Ограничен контрол на движенията.
- **T33/F33** Нормална сила на трупа, самостоятелно придвижване с количка, засягане на горните и долните крайници или на ръката и крака едностранно.
- **T34/F34** Добра функция и сила, с минимално ограничение или нарушен контрол на движенията на горните крайници и трупа, засегнати долни крайници.
- **T35/F35** Могат да използват помощни средства при ходене, леко нарушено равновесие, засегнати долни крайници или двата долни и един горен крайник.
- **T36/F36** Ходят и бягат без помощни средства, нарушено равновесие и фин двигателен контрол.
- **T37/F37** Добри функционални възможности на доминантната страна, засегнати са ръката и крака едностранно.
- **T38/F38** Минимално увреждане: може да е на двата долни крайника, на ръката и крака от същата страна или равновесен проблем при балансиране на един крак.

КЛАСОВЕ ЗА АМПУТИРАНИ

- Класификацията зависи от това коя част от тялото е ампутирана и от височината на ампутацията.
- **T42** Единостранна надколянна ампутация, комбинирани ампутации на долен и горен крайник, минимално увреждане.
- **T43** Двустранна подколянна ампутация, комбинирани ампутации на горен и долен крайник, нормална функция в хвърлящата ръка.

- **T44** Двустранна подколянна ампутация, комбинирани ампутации на горен и долен крайник, умерено увредена функция на единия или двата крайника.
- **T45** Двустранна надлакътна ампутация, двустранна подлакътна ампутация.
- **T46** Едностранична надлакътна ампутация, едностранична подлакътна ампутация, ампутации на горния крайник, нормална функция на хвърлящата ръка.

КЛАСОВЕ ЗА СЪСТЕЗАВАЩИ СЕ НА КОЛИЧКИ

- В зависимост от степента на увреждане
- **T51** Използват дланите за придвижване на количката, може да имат слабост в раменната мускулатура.
- **T52** Силата за придвижване на количката е от екстензорите на лакътя.
- **T53** Нормална функция на горните крайници, неактивни мускули на трупа.
- **T54** Активно изправяне на трупа, използване на мускулите на трупа за придвижване на количката, двустранни надколянни ампутации.
- **F51** Няма хват с нехвърлящата ръка, може да има слабост на раменната мускулатура.
- **F52** Затруднен хват с нехвърлящата ръка.
- **F53** Почти нормален хват с нехвърлящата ръка.
- **F54** Не може да запази равновесие в седеж.
- **F55** Задоволителен до добър баланс от седеж.
- **F56** Добър баланс и движения на трупа напред, назад, ротации.
- **F57** Добри движения напред и назад, встрани.
- **F58** Сумата от оценките на мускулната сила на крайниците не трябва да надвишава седемдесет точки.

Незрящи

- **T11/F11** Слепи
- **T12/F12** Зрително затруднени.
- **T13/F13** Леко увредено зрение.

Баскетбол на колички

- Един типичен пример за функционална класификация е **баскетболът на колички**.
- Специалистите по баскетбол на колички са **лидери в развитието** на функционална и спортно-специфична класификационна система.
- **Системата дава възможност на хора с различни физически увреждания да се състезават заедно.**
- В баскетбола на колички има **пет основни класа (1, 2, 3, 4, 4.5)**.
- В баскетбола на колички има **пет основни класа (1, 2, 3, 4, 4.5)**.
- Повечето състезатели се класифицират в един от тези пет класа. Въпреки това има изключения, случаи, намиращи се между два класа, при които обстоятелствата налагат да се използва класификация с половин точки. По този начин състезателите могат да бъдат класифицирани като 1, 1.5, 2, 2.5, 3, 3.5, 4, 4.5.
- Сумата от точките, получени при класифицирането на петте играча на терена по време на игра **не трябва да надвишава 14**.

Класове в плуването

- **Плуците с двигателни увреждания**

[вкл. с ампутации, ДЦП, увреждания на гръбначния мозък, полиомиелит, les autres] се състезават в **свободен стил, гръб и бъртерфлай** в класове от **S1** за тежките увреждания до **S10** за минималните увреждания.

- В бруста плуците се разпределят в класовете от **SB1 to SB9**.
- В съчетаното плуване се състезават в класовете от **SM1 до SM10**.
- Спортистите със зрителни увреждания плуват в класовете от S11 – за напълно слепите, до S13 – за по-леко увредените.
- Спортистите с интелектуални увреждания плуват в клас S14. (от 2000 до 2008г. спортистите от INAS-FID са временно отстранени от игрите.

През 2012г. Участието е възстановено – 119 спортисти – в атлетика, плуване, тенис на маса).

Контролни въпроси

1. Как се наричат и кога са проведени за пръв път игрите първообраз на Паралимпийските игри?
2. Кой е създател на парлимийските игри?
3. Кога и къде се провеждат парвите летни и първите зимни паралимпийски игри?
4. Какво е класификация?
5. Каква класификационна система се използва в пара спорта?
6. Калко класификационни групи има след 2012г. в паралимпийските игри?

Глава VI.

СПЕШЪЛ ОЛИМПИКС

В тази глава ще научите:

1. Историята на Спешъл Олимпикс
2. Структурата на движението
3. Цел, мисия и филисифия на движението
4. Летни и зимни спешъл олимпикс игри
5. Дивизиониране
6. Спешъл Олимпикс България
5. Програми предоставяни от Спешъл Олимпикс интернешънъл.



СО е най-голямата световна спортна организация за деца, възрастни с интелектуални увреждания.

Мисията на **Спешъл Олимпикс** е да осигурява целогодишно възможности за спортни тренировки и състезания в различните олимпийски спортове за деца и възрастни с умствени увреждания, които им дават възможност да развият физическата си годност, да демонстрират кураж, да изпитат радост и да участват в споделянето на таланти, умения и приятелство с техните семейства, други атлети на Спешъл Олимпикс и обществото.



Целта на СО е да помогне на хората с интелектуални увреждания да се присъединят като продуктивни и уважавани членове на общността като цяло, като им предоставя равностойни възможности за развитие и демонстриране на техните таланти чрез спортни тренировки и състезания и повишава на информираността на обществеността за техните възможности и нужди.

Водещи принципи:

1. Хората с ИУ могат, с точните инструкции и окуражаване, да изпитват удоволствие, да учат и да имат полза от участието в индивидуални или отборни спортове, адаптирани да посрещнат нуждите им, били те интелектуални или физически.

2. Съгласуваната тренировка под ръководството на квалифицирани треньори с акцентирание на физическото състояние, е основно за развитието на спортни умения. Конкуренцията осъществявана между тези с равни способности е най-подходящото средство за тестване на придобитите умения, за измерване на напредъка и осигуряване на стимули за личен растеж.

3. Спортните тренировки и състезания допринасят за физическото, интелектуално, социално и духовно развитие на хората с ИУ, семействата са окуражени, общностите по гостоприемни към приобщаване на хората с ИУ в среда на равнопоставеност, уважение и приемане.

Фокуса на СО е върху атлета:

- Подчертава ползите за атлета, произтичащи от подходящото обучение и тренировка, честното състезание и взаимодействие в рамките на общността
- Победата не е най-важното
- Подчертава ползата от участието, положените усилия и личните постижения

ПОБЕДАТА НЕ Е ВАЖНА!

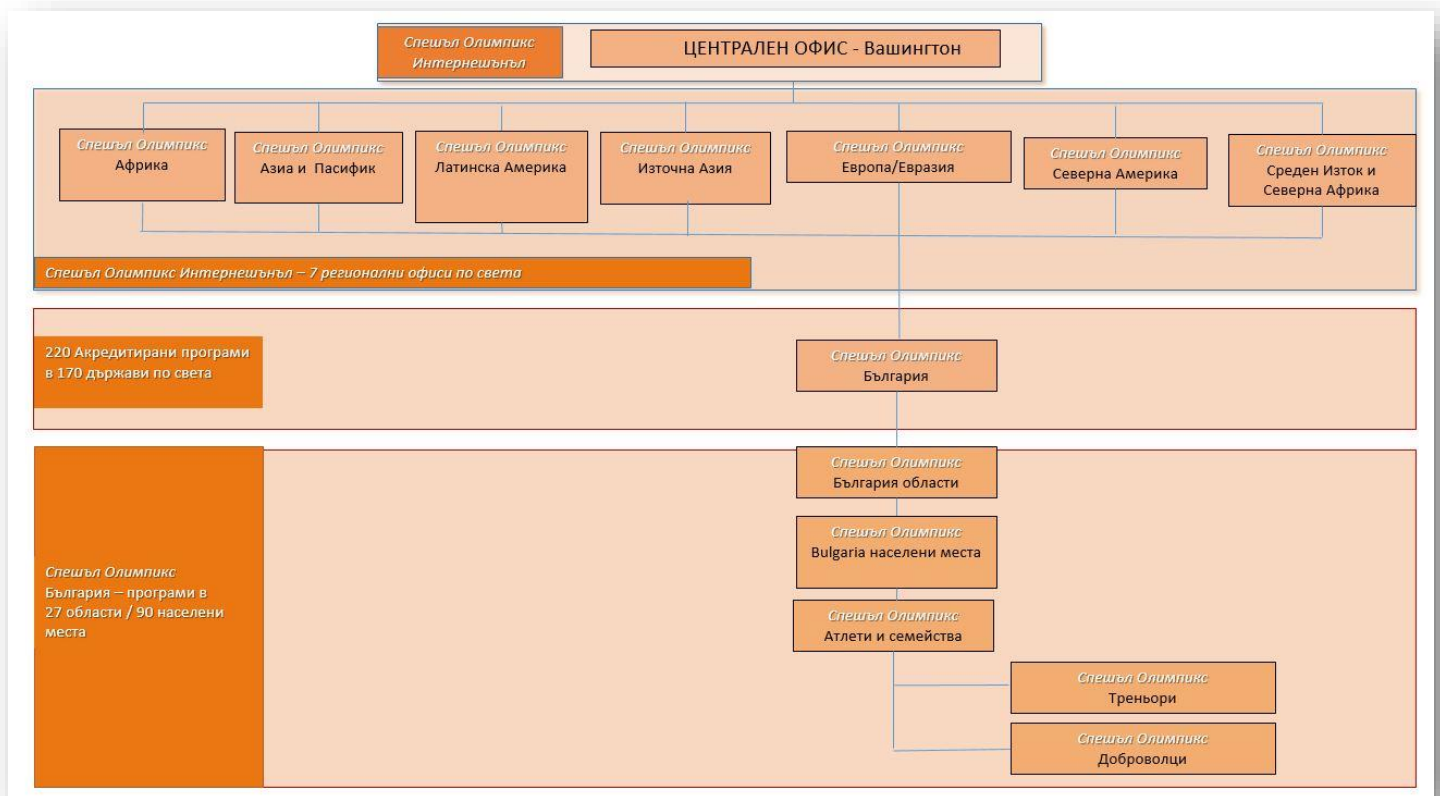
Мото: “Позволете ми да победя! Ако не мога да победя, позволете ми да бъда смел в опита!”

В СО не се поставят рекорди и няма ранглиста на състезателите!

СО Движение е основано от Юнис Кенеди Шрайвър. СО Интернешънъл е международната управляваща структура на СО Движение. В изпълнение на своите отговорности като световен управителен орган на СО, СО Интернешънъл установява и налага всички официални политики и изисквания на СО, контролира провеждането и разширяването на акредитираните програми на СО в целия свят и осигурява обучение, техническа помощ и друга подкрепа за Акредитирани програми, Комитите за организиране на игри. СО Интернешънъл е нестопанска корпорация, организирана по законите на окръг Колумбия, САЩ, със седалище във Вашингтон, Д.С., САЩ.

СО Интернешънъл лицензира и акредитира квалифицирани Акредитирани програми по целия свят, да провеждат СО тренировъчни и състезателни програми на тяхната географска ширина. До степента, позволена от настоящите общи правила, акредитираните програми могат на свой ред директно да лицензират и акредитират други квалифицирани организации да разработват, местни подпрограми (като градски или провинциални програми) в съответните им географски територии.

Световна структура на движението:



СО Интернешънъл периодично присъединява региони, за целите на ефективното управление и разширяване на СО Движение. Улеснява се обмяната на информация и идеи между СОИнтернешънъл и Акредитираните програми, както и на програмите в отделните региони.

СО игрите се провеждат на всеки 2 години, като се редуват зимни с летни игри. В тях вземат участие атлети с интелектуални увреждания.

Според медицинското определение ИУ е:

Състояние на задържано или непълно развитие на интелекта, характеризиращо се с нарушение на уменията, които възникват в процеса на развитие и дават своя дял във формирането на общото ниво на интелигентност, т.е. когнитивните, речевите, двигателните и социалните умения.

Идентифициране на интелектуално увреждане:

За да се определи допустимостта за участие в СО, се счита, че дадено лице има интелектуално увреждане, ако отговаря на някои от следните изисквания:

1. Лицето е идентифицирано с ИУ от институция или професионалист
2. Има забавено умствено развитие, установено със стандартизиран тест като IQ тест, или други изследвания, които са приети от Акредитираните национални програми за диагностициране на забавено умствено развитие.
3. Лицето има значими ограничения, както в интелектуалното функциониране, така и в адаптацията.

Лицата, чиито увреждания се базират на физически, емоционални, сензорни ограничения, както и лицата със специфични начини на обучение не могат да участват в СО като атлети, но те могат да бъдат доброволци в СО.

Роли на доброволците в СО



Отличителни характеристики на СО:

- Спортни възможности за всички нива на развитие
- Без такси за всички атлети
- Дивизиониране за гарантиране на честни състезания
- Награди за всички участници
- Участниците в международни състезания се определят на лотариен принцип

Състезанията се организират по официалните спортни правила на СО.

- Основани на правилата, приети от Международните спортни федерации и Националните спортни федерации
- Съдържат специфични изменения
- Предлагат се дисциплини за всички нива на способности
- Регулират всички състезания на СО

Прилагането на тези правила води до:

- СИГУРНОСТ на атлетите
- Защита правата на атлетите
- Осигуряване на интегритет на мероприятията на СО
- Да се осигури достъп към общия спорт

Цели:

- Да се предостави възможност за успех на всеки състезател
- За индивидуалните състезания:
 - ✓ 15% правило и предварителни квалификации
 - ✓ За отборни състезания:
 - ✓ Тест за умения; елиминации/ наблюдения по време на мачовете.

- Правило за максималното усилие (Честност) (15 %) – това е нов член в правилника (секция J)

Дивизиониране е процес, който прави СО уникален.

Състезателите и отборите се дивизионират според следните правила:

1. Пол (Gender)

2. Възраст:

Индивидуални	Отборни
8-11	до 15
12-15	16-21
16-21	от 22 и повече
22-29	
30 и повече	

Най-важно – по способности:

- 10-15% процентното правило
- Резултати от Предсъстезателни серии (входно ниво)
- Предварителни серии по време на състезанието
- Наблюдение по време на състезанието
- Минимум 3; максимум 8 състезатели в дивизия

История СО:

1962 – дневен летен лагер за хора с интелектуални увреждания, Мериленд, имението на Юнис Кенеди Шрайвър.

Цел

- да изследва възможностите на хората с интелектуални увреждания да практикуват различни спортове

- да докаже своето убеждение, че хората с ИУ са много по-способни отколкото се счита от специалистите по това време



20 Юли, 1968г. Илинойс , Чикаго –
Първи Летни СО игри

През 1968г., Фондацията “Joseph P. Kennedy, Jr.” спонсорира първите международни летни игри на Спешъл Олимпикс, които се провеждат в Чикаго.

Участие взимат 1000 атлети от 26 американски щата и Канада Спортове – атлетика, хокей на трева и аква дейности (aquatics).

Декември 1971г. Олимпийският комитет на САЩ дава на Спешъл Олимпикс официално разрешение да използва името “Олимпиада” в Съединените щати.



През 1988г. Международният Олимпийски Комитет подписва исторически документ, с който официално признава Спешъл Олимпикс и им дава правото да носят това име.

Световни игри 1995, Кънектикът - за първи път хора с интелектуални увреждания са включени в съдийските комисии.



2010г. Меморандум за разбирателство
Международната федерация по АФА - IFAPA и СО подписват меморандума във Вършава Полша по време на Европейските летни игри.

Класификация на спортовете в СО.

В СО съществуват 3 класа спортове – официални, припознати и локално популярни.

Официални летни спортове

- Аква дейности
- Атлетика
- Бадминтон
- Баскетбол
- Боце



- Боулинг
- Колоездене
- Езда
- Футбол
- Голф
- Гимнастика (Художествена

и спортна)

- Пауърлифтинг
- Ролер скейтинг
- Ветроходство
- Софтбол
- Тенис на маса
- Хандбал
- Тенис
- Волейбол
- Джудо
- Триатлон



Официални зимни спортове

- Алпийски ски
- Ски бягане
- Фигурно пързаяне
- Хокей в зала (Floor hockey)
- Шорт трек
- Сноуборд
- Бягане със снегоходки



Припознати

- ❖ Крикет
- ❖ Каяк
- ❖ Хокей в зала (floorball)

Първите световни зимни игри на Спешъл Олимпикс се провеждат в Колорадо, САЩ през 1977г.

Спортове – ски и пързаяне с кънки



В България Спешъл Олимпикс стартира своята програма през 1994 година.

От възстановяването си през 2003 г. до днес, програмата на Спешъл Олимпикс в България подпомага развитието на спорта сред българите с интелектуални затруднения:

- 25 спорта (футбол, народна топка, лека атлетика, тенис на маса, тенис на корт, плуване, баскетбол, боче, боулинг, конен спорт, бадминтон,

гребане, кану-каяк, ветроходство, гимнастика, джудо, вдигане на тежести, волейбол, колоездене, летни кънки, голф, аеробика, ушу, алпийски ски и бързо пързаяне);

- повече от 6 000 атлети с интелектуални затруднения, които тренират поне 2 часа седмично;
- повече от 2 200 атлети с интелектуални затруднения, които са участвали в поне едно състезание или спортен празник;
- повече от 2 200 атлети с интелектуални затруднения, които са преминали през здравен скрининг в рамките на нашата програма „Здрави атлети“;
- повече от 1000 партньора – деца и младежи без увреждания, които заедно в отбори участват в 9 обединени спорта – футбол, народна топка, баскетбол, боче, боулинг, гребане, кану-каяк, ветроходство, голф;
- над 350 спортни инструктори и треньори; · над 600 отдадени доброволци;
- над 100 български полицаи са участвали във факелната щафета на „Огъня на Надеждата“ в над 15 български общини, в Европа и света - Дъблин, Рим, Шанхай, Айдахо, Варшава.
- над 100 обучения на инструктори, треньори, доброволци и родители;
- в 27 от 29 области на страната; · в близо 90 населени места в страната;
- 26 ресурсни центрове на МОНМ за подпомагане на интегрирано обучение; всички помощни училища;
- над 80 общо образователни училища, в които са интегрирани ученици с интелектуални затруднения; · 15 дома за възрастни с умствена изостаналост; ·

Активно участие в световната програма „Спешъл Олимпикс Университети“ на 3 български университета – Национална спортна академия „Васил Левски“, СУ „Св. Климент Охридски“ и ВТУ „Кирил и Методи“; ·

- над 300 училищни и домови състезания и спортни празници;
- над 150 регионални състезания; · 18 национални състезания;

Успешни участия в повече от 10 международни състезания - Световните летни игри - Ню Хевън' 95, Дъблин' 2003, Шанхай'2007 и Атина'2011, Световните зимни игри – Нагано'2005, Айдахо'2010 и ПьонгЧанг'2013 (Република Корея), Европейски игри в Рим'2006 и Варшава'2010, Югоизточно-европейски игри в Сараево'2004 и Констанца'2005, Световни зимни игри 2017 Грац, Австрия.

Програми на СО:

ПРОГРАМА ЗА ЛИДЕРСТВО (ALP'S)

- Атлети като членове на борда
- Атлети – помощник треньори
- Атлети - съдии и официални лица
- Атлети - доброволци
- Посланници на СО

МОДЕЛИ ЗА РАЗВИТИЕ НА АТЛЕТИТЕ (ADM)

ADM е рамка и инструмент за подпомагане и насърчаването на обучение в подходящи дейности, развитие на двигателните умения, здравето и менталното благополучие на всички нива:

1. „Млади атлети” за възрастта между 3-8 години
2. Програма за двигателни дейности (за най-ниските нива на възможности)
3. Основи на спортната подготовка
4. Тренировъчен процес – обучение и практика
5. Състезания- обучение как се побеждава
6. Програма за състезатели с високи постижения
7. Ветерани – програма за възрастни
8. Спортове за свободното време и активния отдих



Инициатива млади атлети 3-7 години
Special Olympics & Mattel Children's Foundation

Цели:

- Въвеждане на нови семейства в Спешъл Олимпикс
- Развиване на интерес към спорта сред децата и техните семейства
- Подготовка на ново поколение спортисти на Спешъл Олимпикс за обучение и състезания

Доброволци в училищата



- Интегрираните училища;
- Училищна програма на СО
- Младежки форуми
- "SO Get Into It" програма - Special Olympics Transforms SPORT



СПЕШЪЛ ОЛИМПИКС ОБЕДИНЕНИ СПОРТОВЕ:

Програмата обединява приблизително равен брой на СО атлети и атлети без интелектуални затруднения в един спортен отбор за тренировка и състезание.

Целите на програмата за *Обединени спортове* се постигат в най-пълна степен, когато партньорите в отбора са атлети без увреждания.

(<https://www.specialolympics.org/>, н.д.)

Контролни въпроси

1. Кой е създател на Спешъл Олимпикс движението?
2. Каква е мисията на СО?/
3. Атлети с какви видове увреждания могат да се състезават на СО игрите?
4. Кога се провеждат първите летни со игри?
5. Какво е дивизиониране?
6. Какви програми предоставя СО?

Bibliography

- DePauw, K. Gavron, S. . (1995). *Disability and sport, Champaign, IL*. Human Kinetics.
- Hutzler, Y. & Sherrill, C. . (2007). Defining Adapted Physical Activity: International perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly* , 24, 120,.
- Hutzler, Y., Wijns, K., Djjobova, S., Van Peteghem, A. Van Coppenolle, H. (2003). *Concepts. Chapter 1, In ADAPT,*. ©THENAPA.
- Замский, Х. (1980). История олигофренопедагогики. 2 изд. . Москва, Просвещение.
- CP-ISRA. (n.d.). Retrieved from <http://cpisra.org/>
- Dunn, J. (1997). *Special physical education: Adapted, individualized developmental*. Madison, WI: Brown&Benchmark.
- EPC. (n.d.). Retrieved from <http://www.europaralympic.org/>
- EUFAPA. (n.d.). <http://www.eufapa.eu/index.php/apa.html>. Retrieved from EUFAPA: <http://www.eufapa.eu/index.php/apa.html>
- EUSAPA. (2010). *European standards in Adapted Physical activity, Final report*. .
- Guett, M. et all. (2011). *All for sport for all. Perspectives of sport for people with disability in Europ, Glossary*.
- <http://inclusivesportdesign.com/tutorials/the-inclusion-spectrum-planning-sport-activities-for-everyone/>. (n.d.). Retrieved from Inclusive Sport Design: <http://inclusivesportdesign.com/>
- <http://paralympics.org.uk/games/ludwig-guttman>. (n.d.). Retrieved from ParalympicsGB: <http://paralympics.org.uk>
- http://play-by-the-rules.s3.amazonaws.com/Resources/R134_DEP_Activity_cards.pdf. (n.d.).
- <http://www.opentextbooks.org.hk/ditatopic/6238>. (n.d.). Retrieved from <http://www.opentextbooks.org.hk>
- <https://www.playbytherules.net.au/got-an-issue/inclusion-and-diversity/inclusion-and-diversity-what-can-you-do/people-with-disability>. (n.d.).
- <https://www.specialolympics.org/>. (n.d.). Retrieved from <https://www.specialolympics.org/>
- https://www.specialolympics.org/Sections/Who_We_Are/What_Is_Intellectual_Disability.aspx. (n.d.). Retrieved from Special Olympics: <https://www.specialolympics.org/>
- IBSA. (n.d.). Retrieved from <http://www.ibsasport.org/>
- ICSD. (n.d.). Retrieved from <https://www.deaflympics.com/>
- INAS. (n.d.). Retrieved from <https://inas.org/>
- IPC. (n.d.). Retrieved from <https://www.paralympic.org/>
- IWAS. (n.d.). Retrieved from <http://www.iwasf.com/iwasf/>
- Lieberman, L. (2010). *Lieberman, L.J. (2010). Visual impairments. in J.P. Winnick (ed.). Adapted Physical* .

- Lorenzen, H. (1961). *Lehrbuch des Versehrten sports [Textbook of sports for the disabled]*. . Stuttgart: Enke Verlag.
- Pollaway, E. Smith, J., Patton, J., Smith, T. . (1996). *Historical changes in mental retardation and developmental disabilities. Education and training in mental retardation and developmental disabilities. 31, 3-12, .*
- Porretta, D., Nesbitt, J., Labanowich, S. (1993). Terminology usage: A case of clarity. . *Adapted Physical Activity Quarterly, 10.*
- Sherrill, C. (1998). *Adapted physical activity, recreation and Sport: Crossdisciplinary and lifespan. (5th ed.)*. Dubuque IA: WCB/McGraw. .
- Бегидова, Т. (2007). *Основы адаптивной физической культуры*.
- Бонгард-Левина , Г. (1989). Древние цивилизации. (Ancient civilizations). . *Москва, Мысль*.
- Бруно, Д. (1966). *За героичния ентузиазъм. Фрагменти из историята на западноевропейската естетика от ренесанса до романтизма XV - XIX век*. София: Наука и изкуство.
- Ватев, Й. (1982). *Книга на мъртвите на древните египтяни (превод)*. . София: ДИ „Наука и изкуство“.
- Гаспарова, М. (1991). Светоний Транквилл Жизнь двенадцати цезарей. Пер. с лат., предисл. и послесл. *Москва, Правда*.
- Григулевич, И. (1976). Инквизиция. . 2-е изд. М.: Политиздат.
- Каннабих, Ю. (2002). История психиатрии. *Киев, Государственное медицинское издательство*.
- Коев, Т. (1991). Православен катехизис и послание. *София, Синодално изд.*
- СЗО, С. З. (2003). *МКБ-10 Том1 (част 1)*. ПК "Д.Благоев" ООД.
- Скребицкий, А. (1903 по Бедигова, 2007). Воспитание и образование слепых и их признание на Западе. *СПб.*
- Феоктистова, В. (1973). Очерки истории зарубежной тифлопедагогике и практики обучения слепых и слабовидящих детей. *ЛГПИ им. А.И.Герцена, Ленинград, .*
- Харт, Б. (2005). *История на Втората световна война*. Книгоиздателска къща „Труд“.
- Ц. Желязков, Д. Дашева. (2011). *Основни на спортната тренировка*. София: Гера-Арт.
- Ястребицкая, А. (1978). Западная Европа XI- XIII веков. *Москва, Искусство*.