

УДК 316

ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КАК РЕСУРС СОЦИАЛЬНОГО САМОЧУВСТВИЯ СЕМЬИ С РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ

© 2018 г.

М.В. Курникова

Курникова Мария Владимировна, к.мед.н.; доцент кафедры адаптивной физической культуры
Нижегородского государственного университета им. Н.И. Лобачевского
mkurnikova@yandex.ru

Статья поступила в редакцию 05.07.2017

Статья принята к публикации 23.01.2018

Дается теоретическое обоснование необходимости создания интегративной модели физической активности ребенка-инвалида как ресурса улучшения социального самочувствия его семьи на основе инструментов доступности, безопасности, массовости, с позиции социально-экологической модели У. Бронфенбренера. Рассматриваются формы и средства вовлечения детей с инвалидностью в регулярную физическую активность на основе взаимодействия микросистемы семьи с экзосистемой физкультурно-оздоровительных, образовательных и рекреационных учреждений. Дается характеристика современных проблем, с которыми сталкивается российская семья при решении задачи расширения диапазона физической активности своего ребенка. Приводятся результаты эмпирического исследования влияния регулярных занятий по обучению плаванию детей-инвалидов на социальное самочувствие их семей, а именно: положительная динамика внутрисемейных отношений, расширение физических возможностей ребенка, улучшение состояния здоровья, коррекция поведения, изменения в коммуникации со сверстниками и школьной успеваемости. Определены ресурсы семьи для стимуляции физического развития ребенка-инвалида, освоения им новых двигательных умений и навыков. Выявлены положительное отношение родителей к регулярным совместным тренировкам и готовность семьи планировать самостоятельные долгосрочные стратегии поддержания физической активности ребенка и нести ответственность за их реализацию.

Ключевые слова: социальное самочувствие семьи с ребенком-инвалидом, физическая активность, интегративная модель, социально-экологическая модель семьи, обучение плаванию.

Актуальность

С 2000-х гг. усиливается интерес социологов к двум важным составляющим качества детства: здоровью и образованию детей – и двум наиболее уязвимым группам детей: сиротам и инвалидам. Внимание общественности к проблемам и тех, и других способствует внедрению новых технологий социальной адаптации и реабилитации – появляются инклюзивные и интегрированные школы, приемные семьи, детские деревни, обсуждаются вопросы безбарьерной среды, преодоления дефектов воспитания «государственных» детей [1]. Большое значение приобретают понятия «качество жизни», «социальное самочувствие», «субъективное социальное благополучие» и пути их улучшения в современном российском обществе для семей, воспитывающих ребенка-инвалида. Социальное самочувствие – это сложное, достаточно устойчивое, целевое и актуализированное психологическое состояние, возникающее у человека или группы людей под влиянием объективных обстоятельств их жизни и деятельности в обществе [2]. В эмпирических исследованиях по изучению социального самочувствия одним из

подходов является измерение показателей удовлетворенности различными аспектами жизни и психологического комфорта (безопасность, отношения в семье, досуг, возможность творческой самореализации, комфортная среда обитания, состояние здоровья и др.). В этом случае социальное самочувствие можно рассматривать как аналог понятия «субъективное благополучие» [3].

В российском научном пространстве практически отсутствуют социологические исследования, посвященные изучению динамики социального самочувствия семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, под влиянием расширения диапазона его физической активности. Проблемой остается отсутствие интегративной модели физической активности ребенка-инвалида, основанной на синтезе субъективных, нематериальных ресурсов семьи и ресурсов социума, которая будет содержать методы вовлечения ребенка и родителей в физическую активность, алгоритм действий при расширении ее форм, выбор наиболее безопасных и эффективных средств, максимально возможных в условиях социально-экологической системы, окружающей семью. Данная модель должна быть до-

ступной, предлагать возможности выбора пути, прогнозировать результат и гарантировать его достижение.

Теоретическое обоснование исследования

Физическая активность человека, ее воздействие на здоровье, физическое развитие, функциональное состояние органов и систем, эмоциональную и когнитивную сферу достаточно подробно, глубоко изучено и выделено в отдельные научные дисциплины в медицине, педагогике и психологии. Положительная роль физической активности в формировании качества жизни современного человека во всех возрастных периодах неоспоримо доказана. Технологии физической культуры для лиц с отклонениями в состоянии здоровья являются эффективным и современным средством социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Тренировка двигательных умений и навыков – это мощный стимул восстановления физических возможностей, установления контакта с окружающим миром [4, 5], а следовательно, повышения субъективного социального благополучия.

Внедрение физической культуры и регулярной физической активности в быт детей и подростков с инвалидностью, превращение их в привычку и жизненную необходимость, часть активного отдыха и культурного досуга является одной из основных задач реализации принципов доступности и массовости социальной политики государства в сфере поддержки семей, воспитывающих ребенка-инвалида [5, 6].

На развитие физкультурного движения инвалидов влияют общие и специфические факторы. Специфические факторы делятся на общесоциальные и частные. К первым относятся: материально-техническая база спортивных объектов, уровень их доступности для различных категорий маломобильных граждан, финансирование, кадры специалистов, развитие науки, организация и управление физкультурным и спортивным движением инвалидов. Ко вторым – особенности организма человека с инвалидностью, его социальное положение, материально-бытовые условия жизни, уровень культурного развития, непосредственная социально-психологическая среда, семейное окружение, возраст.

Главными принципами социальной политики в сфере адаптивной физической культуры являются доступность, массовость и безопасность. На уровне муниципальных образований данные принципы в полной мере могут быть реализованы с помощью коррекции специфических факторов и при условии соблюдения опре-

деленных технологий обеспечить широкий охват физкультурным движением лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Технологии вовлечения людей с инвалидностью в сферу физической культуры и спорта должны быть доступны для массового применения и просты в исполнении. Паттерн физической активности формируется в раннем возрасте и закладывает фундамент на всю жизнь. Ребенок с нарушениями развития не может сформировать физически активный стиль жизни, так как ему намного труднее, чем здоровым сверстникам, выполнять упражнения и у него меньше возможности получать радость и удовольствие от движения [7]. Гипокинезия приводит к нервно-психическим расстройствам (слабеет память, суживаются интересы, нарушается речевая функция), развивается астенизация организма, нарастают патологические изменения нервно-мышечного аппарата [8]. Регулярная физическая активность для ребенка с особенностями развития является необходимым и обязательным средством абилитации, профилактикой осложнений основного заболевания. Задача социума – стимулировать ребенка поддерживать общую физическую активность на максимально возможном для него уровне, а также создавать условия, в которых он мог бы самостоятельно накапливать двигательный опыт, задействуя силу, выносливость, другие физические качества, и заниматься различными видами спорта. В Российской Федерации разработаны правовая база для организации адаптивной физкультурно-спортивной деятельности, нормативные показатели приема (зачисления) в спортивные секции, нормативы по наполняемости учебных групп и распределения, утверждены типовые программы для секций адаптивного спорта. Согласно Федеральному закону «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» № 329-ФЗ от 4 декабря 2007 г. (ст. 31, п. 7.), «органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, физкультурно-спортивные организации, в том числе физкультурно-спортивные объединения инвалидов, организуют проведение физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий с участием инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, создают детско-юношеские спортивно-адаптивные школы, адаптивные детско-юношеские клубы физической подготовки. Образовательные учреждения вправе создавать филиалы, отделения, структурные подразделения по адаптивному спорту» [9]. Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2015 г. № 528н «Об

утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» с 1 января 2016 г. вводится новый вид реабилитационных (абилитационных) мероприятий: «Физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом». Ответственность за их исполнение возлагается на органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области физкультуры и спорта [10]. Этот приказ является важным и позитивным шагом в процессе вовлечения инвалидов всех возрастов в физическую активность, но сегодня отсутствуют механизмы его реализации, нет утвержденного перечня физкультурно-оздоровительных мероприятий для инвалидов по нозологиям и возрастным критериям и соответствующих исполнителей.

Новые образовательные стандарты начального общего образования предусматривают занятия физической культурой, адаптивной физической культурой до 3–4 учебных часов в неделю. В дополнение к ним образовательная организация может реализовывать внеурочные часы двигательной активности (ритмика, танцы) в объеме 1–2 часа в неделю в зависимости от нозологической принадлежности ребенка. В сумме получается, что ребенок-инвалид, посещающий общеобразовательную школу, получает структурированную физическую нагрузку от 3 до 6 часов в неделю при необходимом объеме регулярной общей физической активности 4–5 часов в день [11].

Для обеспечения круглогодичной физической активности детей-инвалидов в дополнение к урокам физической культуры нужны различные формы занятий и тренировок: в бассейне, в спортивном зале, на улице, массовые физкультурно-спортивные праздники, выездные физкультурно-рекреационные мероприятия [12–14]. При этом инициатором и активным организатором вовлечения в регулярную двигательную активность ребенка с нарушениями развития в необходимом объеме может быть только семья.

Семья является одним из основных агентов социализации детей. В семье ребенок с первых лет своей жизни усваивает нормы человеческих отношений. В семье закладываются отношения ребенка к окружающему, он получает опыт нравственности, моральных основ поведения. К сожалению, лишь незначительная часть семей имеет направленность на проведение семейных физкультурно-оздоровительных мероприятий [15]. Возможность посещения и регулярность

физкультурных занятий детьми и подростками с инвалидностью напрямую зависит от желания родителей. Для повышения мотивации к регулярным занятиям (в том числе и самостоятельным), содействия распространению простейших и эффективных практик ежедневной физической активности необходимо обучение родителей практическим навыкам использования средств плавания, фитнеса, подвижных и спортивных игр в круглогодичном режиме [16].

Согласно социально-экологической модели семьи У. Бронфенбреннера, окружение человека представляет собой систему встроженных друг в друга структур подобно матрешкам – микро-системы, мезосистемы, экзосистемы и макросистемы. В качестве исходной матрешки (микро-системы) рассматривается семья или диада матери и ребенка. «Микросистема – это паттерн деятельности, ролей и межличностных взаимодействий, переживаемых развивающимся человеком в данном окружении с конкретным набором физических характеристик и присутствием людей, которые обладают собственным темпераментом, личностью и убеждениями». Мезосистема состоит из связей между несколькими окружениями, в которых находится человек (например, дом и школа или дом и работа). Другими словами, мезосистема является комбинацией микросистем. Экзосистема содержит связи между несколькими окружениями, причем хотя бы в одном из них субъект не находится, но события, происходящие в нем, оказывают влияние на окружение, в котором развивается человек. Для семьи с ребенком-инвалидом это социальные институты и организации образования, здравоохранения, социального обслуживания и т.д. Макросистема состоит из переплетения микро-, мезо- и экзосистем в рамках данной культуры, субкультуры или иного более широкого контекста с особым акцентированием при этом убеждений относительно возможностей развития, жизненных стилей, источников развития, возможности выбора. В качестве макросистем могут выступить социальный класс, этнические или религиозные группы, сообщества, то есть те социальные структуры, которые обладают общими свойствами: жизненные стили, экономические источники, система взглядов и убеждений и т.д. Подход У. Бронфенбреннера предполагает учет не столько объективного окружения семьи, сколько того, как оно воспринимается самим субъектом (родителями и детьми). Поэтому коррекция субъективного социального благополучия подразумевает: 1) изменение травмирующих компонентов окружения (микросистемы), 2) изменение самого

окружения, 3) изменение мезосистемы [17].

При рассмотрении специфических факторов, влияющих на физкультурное движение инвалидов, с позиции социально-экологической модели семьи мы увидим, что общесоциальные факторы находятся в структуре экзосистемы, а частные – на уровне микро- и мезосистем. При возникновении проблем и вопросов, с которыми родители (микросистема) не могут справиться самостоятельно, они обращаются за помощью к родственникам, друзьям, соседям, т.е. в ближайшее окружение, в мезосистему. Специалистов по физической активности и физкультурно-оздоровительных, рекреационных организаций в мезосистеме нет, так как это следующий, более отдаленный «слой» социума (экзосистема), поэтому родители изолированы от прямого влияния информации о положительном влиянии физической активности на уровень и качество жизни детей с инвалидностью.

Современная макросистема транслирует семье завышенную «планку» показателей успешности, стереотипов благополучия, заставляя родителей готовить ребенка к завышенным требованиям по отношению к его способностям, как физическим, так и умственным. Сосредоточенность родителей на приобретении ребенком всевозможных знаний и умений порой в ущерб получению положительных эмоций и радости от семейного общения и совместного времяпровождения ведет к увеличению стресса у родителей в постоянных попытках наладить жизнь в соответствии со стереотипами, которые диктует макросистема. Это не дает семье времени на осознание и выбор долгосрочной стратегии социальной адаптации ребенка-инвалида.

В семье, воспитывающей ребенка-инвалида, основной груз по уходу за ребенком чаще всего ложится на мать. Именно от нее зависит и судьба ребенка, и общая атмосфера в семье. Матери меньше удовлетворены развитием ребенка, чаще испытывают беспомощность в его реабилитации, отмечают неясность ее перспектив. Матерей детей-инвалидов беспокоят нарушения развития движений, отставание в речевом и психическом развитии, плохой аппетит ребенка [18].

В случаях когда оба родителя воспитывают ребенка-инвалида, они тоже нередко находятся в состоянии хронического стресса, что приводит к нарастанию физической и психической усталости, эмоциональному истощению и, в результате, постепенному формированию синдрома эмоционального выгорания и редукции обязанностей. В системе «родитель – ребёнок» редукция проявляет себя в обеднении форм совместной с ребёнком деятельности, ограничении круга повседневных обязанностей и отка-

зе от тех видов деятельности, которые требуют значительного эмоционального вовлечения [19].

Сегодня всё чаще семьи, особенно материально благополучные, перекалывают некоторые функции частично, а порой и полностью, на плечи наёмных помощников или учреждений (детский сад, няни, гувернантки, развивающие группы, школа). Так родители выпускают из-под своего контроля воздействие на своих детей, обесценивая функцию трансляции родительского культурного и личностного ресурса [20]. В этом случае с родителей как бы снимается ответственность за выстраивание внутрисемейных отношений и адаптации ребенка к ближайшему социуму – мезосистеме и экзосистеме. При контакте с учреждениями образования, здравоохранения и реабилитации родители «сдают» ребенка на медицинские процедуры и коррекционные занятия, при этом не происходит выстраивания связи «родитель – специалист», ребенка с социальными институтами, так как родитель не выступает в роли проводника, носителя знаний, умений и образцов поведения.

Цель данной работы – обосновать актуальность создания интегративной модели физической активности ребенка-инвалида как ресурса социального самочувствия его семьи на основе инструментов доступности, безопасности и массовости.

Необходимо разработать технологии вовлечения детей с инвалидностью в регулярную физическую активность на основе взаимодействия микросистемы семьи с экзосистемой физкультурно-оздоровительных, образовательных и рекреационных учреждений при условии решения следующих задач:

- достижимость целей физической активности в соответствии с личным потенциалом родителей и детей;
- восхождение от простого к сложному с постоянными замерами двигательных умений и приобретения навыков новых движений на входе-выходе;
- адекватная оценка ресурсности своих детей в соотношении с социальными нормами и возможностями реализации потребностей в физической активности людей с инвалидностью в современном социуме [20].

Интегративная модель должна представлять собой систему технологий вовлечения в регулярную физическую активность на основе методов, форм и ресурсов, которые реализуются с учетом социально-экологической модели конкретной семьи. Разработка данной модели требует эмпирического исследования отношения родителей к предлагаемым технологиям вовлечения в физическую активность детей через

практические мероприятия на разных этапах ее реализации.

Для семьи с ребенком-инвалидом при решении задачи расширения диапазона физической активности своего ребенка проблемой является отсутствие подходящих физкультурно-оздоровительных или адаптивных спортивных секций в «шаговой доступности» от дома, неудобное расписание занятий, финансовая недоступность занятий. Ребенку с инвалидностью зачастую предлагаются или «одноразовые» физкультурно-оздоровительные массовые мероприятия, как правило, приуроченные к праздничным датам, благотворительным акциям, или индивидуальные занятия только на платной основе. При этом практически все педагоги указывают, что дети с двигательными нарушениями должны участвовать в физкультурной деятельности только вместе с родителями для обеспечения дополнительного контроля за самочувствием ребенка и его безопасности.

Регламент работы муниципальных физкультурно-спортивных учреждений не предусматривает присутствия родителей на тренировках и их участия в тренировочном процессе, что сразу делает недоступным посещение секций детьми и подростками, имеющими двигательные расстройства и не способными к самостоятельному обслуживанию.

Организация систематического посещения такого учреждения детьми и подростками с инвалидностью, обеспечение безопасности занятий требуют повышенной ответственности администрации и координации усилий всех служб и отделов, так как муниципальные физкультурно-спортивные учреждения имеют свой регламент работы, внутренний распорядок, требования к правилам посещения, рассчитанные в основном на здоровый контингент [21].

Проанализируем результат реализации одной из форм работы с использованием ресурса учреждений дополнительного образования физкультурно-спортивной направленности, отношение родителей к предлагаемому пути вовлечения ребенка-инвалида в физическую активность и динамику изменений социального самочувствия семьи.

Методы и организация исследования

Группа по обучению плаванию для детей и подростков с инвалидностью была создана на базе муниципального бюджетного учреждения дополнительного образования «Дворец спорта для детей и юношества «Заречье» Ленинского района города Нижнего Новгорода, который располагает двумя бассейнами различной глубины и необхо-

димым инвентарем, позволяющими моделировать упражнения для обучения плаванию.

Инициатором начала занятий выступили родители детей-инвалидов общественной организации «Нива», которая ведет свою деятельность на территории Ленинского района города Нижнего Новгорода с 1993 г. Согласно нашему опыту работы по внедрению различных моделей инклюзивного образования в сфере физической культуры и спорта, в данном случае была выбрана модель постоянной частичной инклюзии – посещение детьми групповых занятий по плаванию по отдельному расписанию и под руководством специалиста по адаптивной физической культуре.

Тренировки проводятся 2 раза в неделю по 45 мин в течение учебного года совместно с родителями (или другими членами семьи). Летние месяцы – каникулы. Контингент – дети и подростки от 4 до 18 лет с органическим поражением центральной нервной системы, синдромом Дауна, врожденными аномалиями развития опорно-двигательного аппарата, расстройством аутистического спектра. У всех детей имеются двигательные расстройства средней и тяжелой степени, снижение интеллекта, нарушения речи.

Для иллюстрации возможностей эффективного взаимодействия микросистемы семьи с экосистемой социума (в нашем случае – это муниципальное физкультурно-спортивное учреждение) мы приводим пример алгоритма взаимных действий, соблюдения условий, правил и договоренностей со стороны физкультурно-спортивного учреждения и со стороны родителей и детей. Соблюдение этих условий, на наш взгляд, максимально обеспечивает интересы сторон. Физкультурно-спортивное учреждение предоставляет свою базу для организации занятий, возможность пользования раздевалками для мам с мальчиками подросткового возраста, не способными к самостоятельному обслуживанию, тренера-специалиста по адаптивной физической культуре и допускает родителей к участию в тренировках. Семья, в свою очередь, соблюдает регламент посещения муниципального учреждения, санитарно-гигиенические требования и правила поведения в бассейне. Необходимым условием является готовность родителя находиться в воде во время занятий, контролировать безопасность ребенка, выполнять задания тренера и не прекращать посещения занятий по причине кажущихся «неуспехов» ребенка.

Занятия начались в феврале 2013 г. и продолжаются по настоящее время. За этот период курс обучения плаванию прошли 35 детей и подростков.

В данное исследование были включены се-

мы, посещавшие занятия в течение от 3 лет до 10 месяцев. По завершении годичного цикла тренировок проведено анкетирование и полуструктурированное интервьюирование родителей с целью выявления влияния занятий плаванием на внутрисемейные отношения, изменения в физических возможностях ребенка, в его самочувствии, поведении, коммуникации со сверстниками и школьной успеваемости. Нами были заданы вопросы родителям об организации занятий, необходимости участия родителей в тренировках и роли физкультурно-оздоровительного учреждения в вовлечении в физическую активность семей с ребенком-инвалидом. Целью анкетного опроса было выявление отношения родителей к совместным тренировкам в бассейне, регистрация видимых изменений физического (или психического) состояния ребенка и динамика социального самочувствия семьи.

Результаты и их обсуждение

В анкетировании приняли участие 25 родителей, посещающих занятия плаванием в течение учебного года с октября по май ($n=25$). Большинство семей охарактеризовали себя как «полные», только в четверти случаев мама одна воспитывает ребенка-инвалида.

Среди источников информации о данной группе обучения плаванию первое место занимают знакомые, родственники и общественная организация «Нива», в которой состоят родители, что подтверждает теорию У. Бронфенбрнера о доминировании в информационном сопровождении семьи ближайшего окружения (мезосистемы). На втором месте – средства массовой информации (телепередача), и на третьем месте – представители экзосистемы: участковые врачи и ответ на обращение матери за помощью в обеспечении физкультурными занятиями ребенка-инвалида в городской департамент по спорту и молодежной политике. Более чем в половине семей решение о посещении бассейна принимала мать, в остальных случаях родители советовались друг с другом, и все семьи учитывали пожелания ребенка. Мать также ответственна за посещаемость и сопровождает ребенка на тренировках в подавляющем большинстве семей, в некоторых семьях эти обязанности распределены между другими членами (бабушка, папа, дедушка, тетя).

Все без исключения родители отмечают положительные изменения физического, психического состояния ребенка и его успехи в бытовой, коммуникативной, учебной деятельности, которые произошли, по их мнению, под влиянием регулярных тренировок в бассейне. Все родители обращают внимание на расширение «репертуара» двигательных умений ребенка:

улучшение координации, освоение основных локомоций (самостоятельная ходьба, подъем и спуск по лестнице, перешагивание бордюров и порогов), умение плавать. Четверть опрошенных считают, что благодаря плаванию ребенок стал меньше болеть простудными заболеваниями.

Положительную динамику со стороны школьной успеваемости отметили только треть родителей, и столько же уверены, что плавание улучшило отношения ребенка со сверстниками. В основном мы получили ответы о расширении коммуникативных навыков, речевого запаса, появлении устойчивого внимания и интереса к другим детям от родителей детей с расстройством аутистического спектра.

В оценках бытового обслуживания родители высказали единодушное мнение, что их дети стали самостоятельны в соблюдении личной гигиены, надевании одежды и обуви, владении предметами домашнего обихода.

Практически все семьи отмечают положительное влияние тренировок на отношения между членами семьи. Основная причина, по мнению родителей, в улучшении физического и психического состояния ребенка: *«чем больше успехов у ребенка, тем лучше отношения в семье», «повод для гордости родителей», «пример для младшей сестры (развивается нормально), как упорный труд помогает брату, имеющему нарушения здоровья, достигать цели», «успехи детей всегда радуют», «близкие родственники отмечают, что сын стал более самостоятельным, общительным, активным, «совсем другим», и это дает повод для хорошего настроения», «у сына появилось чувство значимости»; если раньше мама «разговаривала с дочерью как с куклой, не видя ответной реакции, то сейчас со стороны ребенка есть ответы на простые вопросы и слова «да», «нет», «хочу», «дай», и мы стали понимать друг друга».* Только две семьи не заметили изменений в семейных отношениях: *«конфликты не прекратились из-за переходного возраста ребенка (мальчику 15 лет)»* и *«отношения в семье всегда хорошие, и плавание на них не повлияло».*

Все родители дали высокую оценку уровня организации занятий на базе муниципального физкультурно-спортивного учреждения и выразили готовность продолжать тренировки в долгосрочной перспективе, отметили необходимость присутствия и непосредственного участия членов семьи в занятиях в качестве помощника тренера, отводя при этом главную роль в процессе тренировок специалисту.

Выводы

Среда, в которой развивается ребенок (микросистема, семья), должна выстраивать ближайшее

внешнее окружение для стимуляции физического развития ребенка-инвалида, освоения им новых двигательных умений и навыков. Для этого у семьи есть внутренние ресурсы (желание совместной деятельности родителя и ребенка, член семьи, который взял бы на себя эту функцию) и внешние ресурсы (учреждения дополнительного образования физкультурно-спортивной направленности и работающие в них специалисты).

Расширение физической активности ребенка ведет к улучшению функций движения и положительным изменениям во всех сферах жизни ребенка – повседневной, коммуникативной, досуговой, образовательной, что, в свою очередь, положительно влияет на внутрисемейные отношения и опосредованно повышает уровень социального самочувствия семьи.

Создание интегративной модели физической активности детей-инвалидов с непосредственным участием родителей в совместных регулярных тренировках, основанной на синтезе субъективных, нематериальных ресурсов семьи и ее ближайшего окружения, поможет решить многие задачи социальной политики государства по отношению к семьям, воспитывающим ребенка-инвалида, а именно: снизить уровень стресса и нормализовать внутрисемейные отношения, снять социальную изоляцию и информационную депривацию, сформировать новый тип отношений между родителями и ребенком, при которых семья видит успехи своего ребенка и готова планировать самостоятельные долгосрочные стратегии поддержания его физической активности и нести ответственность за их реализацию.

Список литературы

1. Филипова А.Г. Детство в фокусе отечественных социологических исследований // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2016. №1(41). С. 80–87.
2. Симонович Н.Е. Социальное самочувствие людей и технологии его исследования в современной России: Дисс. ... док-ра психол. н. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://nauka-pedagogika.com/> (дата обращения: 30.04.2017).
3. Кученкова А.В. Социальное самочувствие и субъективное благополучие: соотношение понятий и способов измерения // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. 2016. № 2(4). С. 118–127.
4. Колобков П.А., Евсеев С.П. и др. О создании условий для занятий физической культурой и спортом для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов // Адаптивная физическая культура. 2014. № 4 (60). С. 2–8.
5. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Под ред. Л.В. Шапковой. М.: Советский спорт, 2004. 464 с.
6. Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года. Утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 августа 2009 г. № 1101-р [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://fizvosp.ru/assets/media/d1/ee/1370.pdf> (дата обращения: 03.02.2016).
7. Ключкова Е.В. Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. М.: Теревинф, 2014. 288 с.
8. Лобзин В.С., Михайленко А.А., Панов А.Г. Клиническая нейрофизиология и патология гипокинезии. Л.: Медицина, 1979. 216 с.
9. Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» № 329-ФЗ от 4 декабря 2007 года (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://base.garant.ru/12157560/> (дата обращения: 26.05.2017).
10. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2015 года №528н «Об утверждении порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://base.garant.ru/71169212/> (дата обращения: 26.05.2017).
11. Реестр примерных основных общеобразовательных программ / Министерство образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://fgosreestr.ru> (дата обращения: 26.05.2017).
12. Ключкова Е.В. Интегративный лагерь для детей с двигательными нарушениями. Программы для детей, родителей и волонтеров. М.: Теревинф, 2009.
13. Курникова М.В., Оринчук В.А., Фомичева Е.Н. Сценарий физкультурно-спортивного праздника для лиц с ограниченными возможностями различных нозологических групп // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. 2013. № 1. С. 60–63.
14. Мосунов Д.Ф. Гидропедагогика – основа гидрореабилитации // Ученые записки Университета им. П.Ф. Лесгафта. 2006. Вып. № 20. С. 37–49.
15. Бельц В.Э., Малофеева О.В. Взаимодействие спортивного клуба с семьей как активным субъектом социализации личности ребенка // Вестник ТГПУ. 2016. № 8(173). С. 106–110.
16. Курникова М.В. Взаимодействие социальных партнеров для формирования навыка круглогодичной двигательной активности детей и подростков с инвалидностью // Помогающие профессии: научное обоснование и инновационные технологии: Материалы Международной научно-практической конференции (Н. Новгород, 15–16 сентября 2016 г.). Н. Новгород: ННГУ им. Лобачевского, 2016. С. 707–713.
17. Веракса Н.Е., Веракса А.Н. Понимание детского развития с позиции экологической теории У. Бронфенбреннера // Современное дошкольное образование. Теория и практика. 2014. № 10. С. 55–56.
18. Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Долотова Н.В. и др. Психологические особенности матерей,

воспитывающих детей-инвалидов // Вестник РАМН. 2014. № 5–6. С. 92–101.

19. Алиева Н.Ф., Кошелюк Н.А. Специфика социально-психологических условий в семье, воспитывающей ребенка-инвалида, как фактор развития синдрома эмоционального выгорания // Социально-педагогическая деятельность в социуме: теория, практика, перспективы. Сборник научных трудов VI Международных социально-педагогических чтений им. Б.И. Лившица: в 2-х частях. Уральский госу-

дарственный педагогический университет, 2014. С. 7–12.

20. Саралиева З.Х. Субинститут родительства в современных семейных системах // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2014. № 2(34). С. 118–123.

21. Курникова М.В., Гольшев Н.И., Лабутина Н.А. Практический опыт организации работы группы по плаванию для детей и подростков с инвалидностью (на базе муниципального физкультурно-спортивного учреждения) // Адаптивная физическая культура. 2016. № 1(65). С. 46–47.

INTEGRATIVE MODEL OF PHYSICAL ACTIVITY AS A SOCIAL WELL-BEING RESOURCE FOR A FAMILY WITH A HANDICAPPED CHILD

M.V. Kurnikova

Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod

The article gives a theoretical justification for the need to create an integrative model of a handicapped child's physical activity as a resource for improving the social well-being of the child's family based on availability, safety and mass character from the perspective of Urie Bronfenbrenner's socio-ecological model. Forms and instruments for involving handicapped children into regular physical activity based on family micro system interaction with wellness, educational and recreational institutions' ecosystem are considered. Modern problems that Russian families have to face when trying to expand a child's physical activity range are characterized. We present some empirical research results of swimming trainings for handicapped children that influence their families' social well-being, such as: positive dynamics of intra-family relations, the expansion of the child's physical capabilities, improvement of health status, behavioral changes, changes in peer communication and school performance. The family resources have been identified that stimulate the physical development of a handicapped child, and contribute to the development of new motor skills. We have revealed parents' positive attitude to regular joint training, the families' willingness to plan independent long-term strategies for maintaining their child's physical activity and their readiness to assume responsibility for their implementation.

Keywords: social well-being of a family with a handicapped child, physical activity, integrative model, social and ecological family model, swimming trainings.