

Актуальність. У спорті неповносправних досягнення результату визначається не лише талантом та самовідданістю спортсмена, не лише ефективністю методики підготовки та мудрістю тренера, а, можливо у більшій мірі, рівнем збереження рухових можливостей. Ця проблема є актуальною для спортсменів усіх нозологій [1,6], але найбільш болючою вона є у спорті осіб з пошкодженнями опорно-рухового апарату та вадами зору, які беруть участь у Паралімпійських Іграх [2]. Проблема диференціації спортсменів-інвалідів на стартові групи та класи була піднята ще в 50-х роках Людвігом Гуттманном в Сток-Мандевілі [8] в зв'язку з необхідністю вирівнювання шансів учасників змагань в залежності від рівня ураження спинного мозку [2,4].

В паралімпійському спорті результат як продукт змагальної діяльності, що має самостійну цінність для спортсмена, тренера, глядачів, спортивної організації, країни тощо, значною мірою залежить не стільки від рівня натренованості, скільки від збережених рухових можливостей. Тому постійно змінюються класифікаційні підходи для більш об'єктивного визначення рухових можливостей спортсмена. Розподіл спортсменів на різні групи та класи здійснюється згідно загальної медичної класифікації, ціль якої - забезпечення необхідності проведення змагань серед інвалідів з однаковими захворюваннями і приблизно однаковими функціональними можливостями [2,7].

Рівень олімпійських результатів в спорті є критерієм можливостей людського організму, моделлю, еталоном для усіх спортсменів. Рівень результатів в олімпійському спорті є доступним як для фахівців так і для широкого кола шанувальників спорту. Проте в паралімпійському спорті відсутні можливості співставлення результатів, які демонструються неповносправними спортсменами. Для адекватної оцінки, гласності та співставлення паралімпійських результатів, використання їх як модельних характеристик, що свідчать про рівень розвитку і спорту неповносправних і функціональні можливості спортсменів з різними вадами, необхідно докладно проаналізувати їх динаміку та провести аналогію з досягненнями в олімпійському спорті. Це, в свою чергу, неможливо за відсутності розгорнутих уявлень про класифікаційні підходи, що використовуються в паралімпійському спорті.

Мета дослідження: визначити вплив класифікаційних підходів на результативність змагальної діяльності в паралімпійському спорті.

Завдання дослідження: 1. Визначити критерії класифікації спортсменів учасників Паралімпійських ігор. 2. Виявити динаміку спортивних результатів в легкій атлетиці на I–XI Паралімпійських іграх. 3. Обґрунтувати вплив класифікаційних критеріїв на досягнення спортивного результату в Паралімпійських іграх.

Результати дослідження. В Паралімпійських іграх беруть участь спортсмени з пошкодженнями опорно-рухового апарату (ПОРА) та спортсмени з вадами зору. В межах кожної підгрупи проводиться класифікація для участі в змаганнях. Слід зауважити, що проблема формування класифікаційних груп не є характерною для спортсменів з вадами зору.

Складність процесу класифікації спортсменів з ПОРА (пошкодження хребта і спинного мозку, наслідки церебрального паралічу, ампутації та інші пошкодження опорно-рухового апарату) зумовлюється великою кількістю варіантів захворювань та їх перебігу. Крім того, будь-який вид спорту ставить свої вимоги до функціональних та рухових можливостей спортсмена-інваліда, а спортивний результат залежить не лише від його підготовленості, але і від ступеню збереження моторних функцій. Класифікація в спорті інвалідів має і надзвичайний моральний сенс. Розподіл на групи та класи повинен забезпечити рівні можливості в досягненні спортивного результату та впорядкувати суперництво.

У попередніх дослідженнях [3] нами було виявлено, що протягом усіх Паралімпійських ігор в легкій атлетиці розігрувалося від 26 комплектів нагород на I Паралімпійських іграх, до 447 на VII і 234 на XI Паралімпійських іграх, що склало 23%, 47% і 43% нагород відповідно. Саме тому наше дослідження було проведене на прикладі легкої атлетики.

Важливим результатом аналізу класифікаційних підходів є визначення динаміки кількості класифікаційних груп (рис.1).

Так, на перших Паралімпійських іграх легкоатлети змагалися у трьох групах. Кількість груп постійно зростає, за виключенням Ігор 1992 року, коли було зроблено спробу об'єднати спортсменів з різними ураженнями в один клас відповідно до збережених функціональних можливостей. Подальше збільшення класифікаційних груп в легкій атлетиці пов'язано не з уточненням класифікації, а з введенням окремих “трекових” та “польових” стартових груп, що в переважній більшості дисциплін можуть мати однакову характеристику. Стабілізація класифікаційних груп на двох останніх Паралімпійських іграх на рівні 44 свідчить, на наш погляд, про їх граничну кількість.

Перший Паралімпійський період з 1960р. по 1972р. охоплює I – IV Паралімпійські ігри. В Паралімпійських іграх I періоду змагалися лише спортсмени з пошкодженнями хребта і спинного мозку.

В легкій атлетиці на I Паралімпійських іграх було розіграно 26 комплектів нагород та представлено лише швидкісно-силові дисципліни, а саме метання спису і булави та штовхання ядра. Окрім того спортсмени з паралегією змагалися в п'ятиборстві. Змагання проводилися лише у 3-х класифікаційних групах, позначених літерами А-С (від найбільших до найменших уражень).

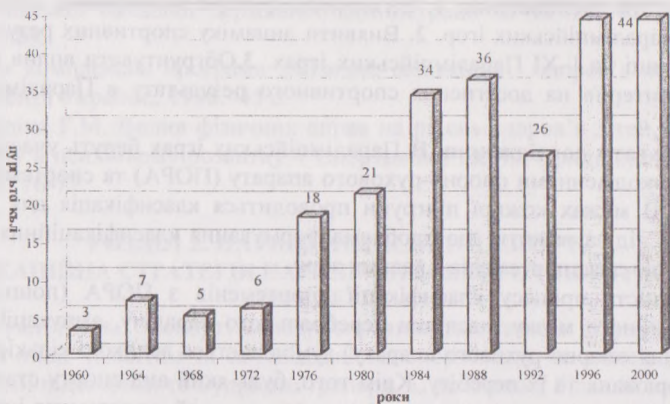


Рис.1. Кількість класифікаційних груп у легкоатлетичних змаганнях Паралімпійських ігор

На II Паралімпійських іграх відбулося уточнення класифікації у металевих дисциплінах - спортсмени розподілялись на 4 класи (A-D). Разом з тим, у нових легкоатлетичних дисциплінах класифікаційні підходи були не відпрацьовані. Так, в гонках на 60м чоловіки поділялися на 2 класи – нижній і верхній, а жінки були представлені в одному класі – нижньому, змагання в слаломі відбувалися у “відкритому” класі. Процес уточнення класифікації тривав, і з 1972 року для всіх учасників Паралімпійських ігор почала застосовуватись класифікація ISMGF (International Stock Mandeville Games Federation), згідно з якою спортсмени поділяються на класи і групи залежно від локалізації пошкодження хребта і ступеню збережених рухових можливостей, що визначаються за допомогою мануально-м’язевого тестування.

Принципові зміни у складі учасників відбулися на V Паралімпійських іграх. Окрім збільшення кількості дисциплін, значно розширилась кількість нозологій та нозологічних підгруп, що спричинило понад дворазове зростання кількості комплектів нагород (з 189 у 1972 році до 444 у 1976 році). Збільшення кількості учасників та нозологічних груп (починають брати участь спортсмени з наслідками церебрального паралічу та іншими пошкодженнями опорно-рухового апарату) у період з 1980 по 1989 роки, загострює проблему класифікації. Для створення рівних можливостей досягнення результату в кожній нозологічній групі класифікація здійснюється окремо: пошкодження хребта та спинного мозку - 7 класів; ампутації - 9 класів; наслідки церебрального паралічу - 8 класів; інші пошкодження опорно-рухового апарату - 6 класів; вади зору - 3 класи, що призвело до “інфляції” змагального результату.

Починаючи з IX Паралімпійських ігор робиться спроба об’єднання спортсменів різних нозологічних груп у одну стартову групу за рівнем збережених можливостей, тому їх кількість знизилась порівняно з VIII Іграми (з 729 до 491).

Отже, сучасна класифікація складається з 2-х етапів: **I - загальна медична класифікація** – за нозологією (сліпота, церебральний параліч, ампутації, пошкодження хребта і спинного мозку). Спортсменів класифікують відповідно до критеріїв, представлених Міжнародними організаціями спорту для інвалідів; **II - функціональна класифікація** – розподіл на функціональні класи у кожному виді спорту визначається класифікаційною системою, що базується на функціональних спроможностях атлетів до виконання основних завдань у спортивній діяльності.

Динаміка результативності змагальної діяльності оцінювалася на прикладі найбільш популярних, видовищних і структурно відмінних видів легкої атлетики, а саме, спринт (100м) та штовхання ядра. Аналіз динаміки результатів у спринті на колясках в групі спортсменів з травмами хребта та спинного мозку з найменшими ураженнями виявляє лінійну позитивну динаміку покращання результатів з 22.1с у 1968 році до 14.4с у 2000 році. В групі з найбільшими ураженнями спостерігається дві ділянки лінійного покращання результатів (1968 – 1980 рр. - перша ділянка: з 24.2 с до 18.07 с, 1984 – 2000 рр. – друга ділянка: з 28.44 с до 17.82 с), що пов'язано, насамперед, з залученням у 1984 році спортсменів з дуже важкими ураженнями (рис. 2).

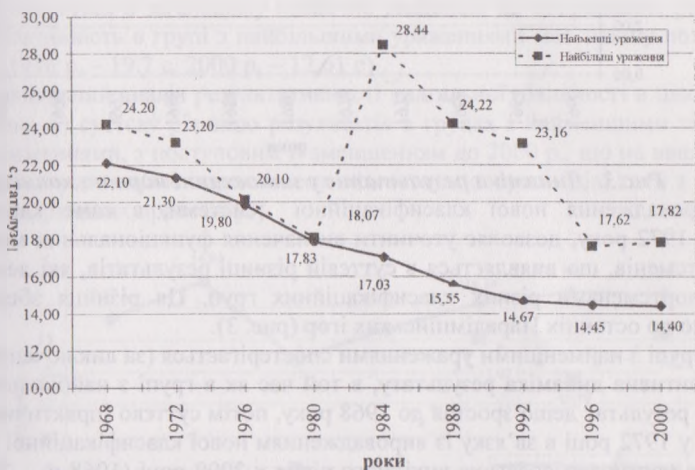


Рис.2. Динаміка результатів у спринті 100 м на колясках

Порівняльний аналіз результативності змагальної діяльності в цих групах показав, що в період 1976 – 1980 рр. результати спортсменів в групах з найменшим та найбільшим ураженнями практично не відрізняються, що спричинило розширення класифікаційних груп на VII Паралімпійських іграх (рис.2).

Слід відзначити, що в період 1996 – 2000 рр. (IX – XI Паралімпійські ігри) спостерігається стабілізація результатів, як в стартових групах з найменшими ураженнями, так і з найбільшими ураженнями. Ці тенденції до стабілізації результату є аналогічними з олімпійським спортом і можуть свідчити, на

наш погляд, про досягнення в паралімпійському спорті біляграничних для можливостей спортсменів результатів.

Одним з найпопулярніших видів легкоатлетичних змагань, що є в програмі Паралімпійських ігор з 1960 року – є штовхання ядра. Результативність змагальної діяльності в штовханні ядра в період 1960 по 1968 незначно змінюється як в групах з найменшими, так і в групах з найбільшими ураженнями (рис. 3).

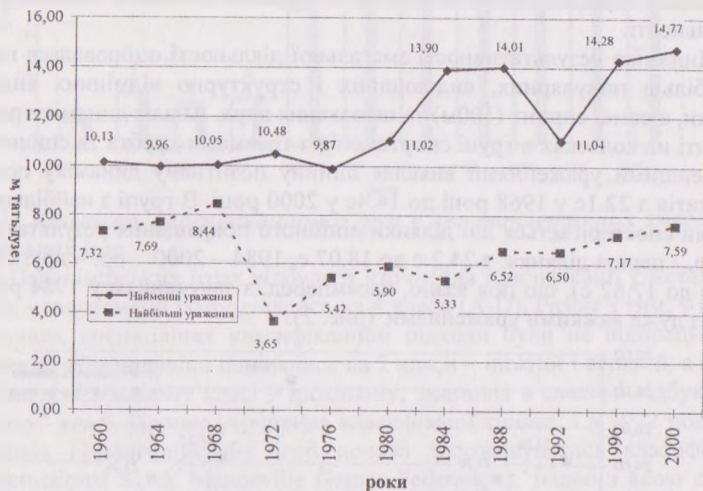


Рис.3. Динаміка результатів у штовханні ядра на колясках

Впровадження нової класифікаційної системи, а саме класифікації ISMGF з 1972 року, дозволяє уточнити визначення функціональних можливостей спортсменів, що виявляється в суттєвій різниці результатів, які демонструються спортсменами різних класифікаційних груп. Ця різниця зберігається практично до останніх Паралімпійських ігор (рис. 3).

В групі з найменшими ураженнями спостерігається (за виключенням 1992 року) позитивна динаміка результату, в той час як в групі з найбільшими ураженнями результат дещо зростав до 1968 року, потім суттєво (практично вдвічі) знизився у 1972 році в зв'язку із впровадженням нової класифікаційної системи ISMGF та поступово досягнув вихідного рівня у 2000 році (1968 р. – 7.32 м та 2000 р. – 7.59 м).

При порівнянні результатів двох класифікаційних груп спортсменів з травмами хребта та спинного мозку у штовханні ядра спостерігається тенденція до зближення рівнів результатів обох груп до впровадження класифікації ISMGF (1972 рік), після чого відзначається зворотна тенденція – відмінність в результатах зростає протягом усього періоду з 1972 по 2000 роки (за виключенням 1992 року).

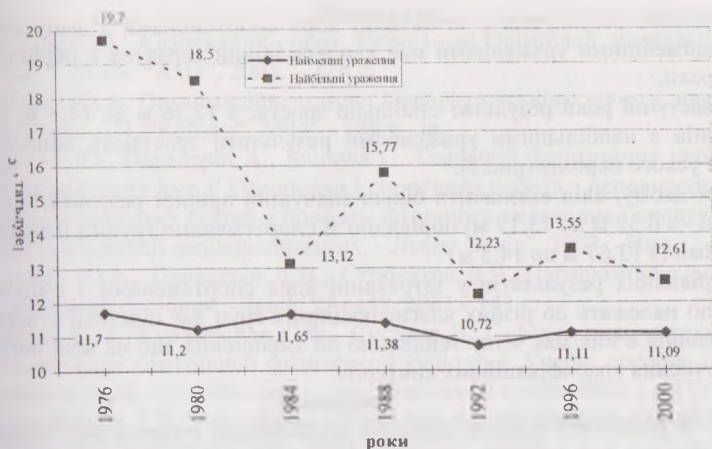


Рис. 4. Динаміка результатів у спринті (100 м, спортсмени з ампутаціями)

Дещо інша картина динаміки результатів спостерігається в дисципліні спринт 100 м серед спортсменів з ампутаціями. В групі з найбільшими ураженнями простежується в загальному незначна тенденція до покращання результатів. Результативність в групі з найбільшими ураженнями має значну позитивну динаміку (1976 р. – 19,7 с, 2000 р. – 12,61 с).

Порівняльний аналіз результативності змагальної діяльності в цих групах показав (рис. 4) суттєву різницю результатів в групах з найменшими та найбільшими ураженнями, з поступовим її зменшенням до 2000 р., що на наш погляд пов'язано як з удосконаленням системи підготовки спортсменів, так і з удосконаленням спортивних протезів [5].

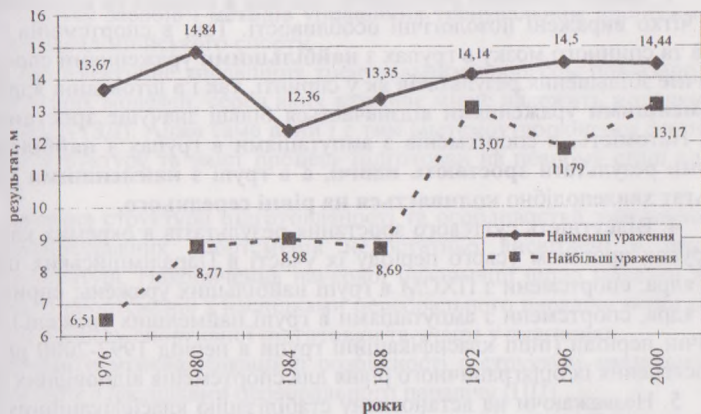


Рис. 5. Динаміка результатів у штовханні ядра (спортсмени з ампутаціями)

Динаміка результатів у штовханні ядра спортсменами з ампутаціями в групі з найменшими ураженнями має хвилеподібний характер в період з 1976 по 1984 роки.

В наступні роки результат стабільно зростає з 12.36 м до 14.5 м. В групі спортсменів з найбільшими ураженнями результати зростають хвилеподібно протягом усього періоду (рис.5).

При цьому, слід відзначити більш значущий приріст результатів (більше ніж вдвічі - з 6.32 м до 13.17 м) порівняно зі спортсменами групи з найменшими ураженнями (з 13.67 м до 14.5 м).

Порівняння результатів у штовханні ядра спортсменами з ампутаціями (рис.5), що належать до різних класифікаційних груп дає підстави стверджувати, що різниця в них має чітку тенденцію до зменшення, що на наш погляд вимагає уточнення класифікаційних критеріїв.

Висновки

1. В результаті аналізу критеріїв класифікації спортсменів – учасників Паралімпійських ігор протягом 1960-2000 рр. можна виділити наступні періоди вдосконалення процесу класифікації: I період – 1960-1968 рр. – відсутність чітких критеріїв розподілу спортсменів з пошкодженням хребта та спинного мозку на групи для участі в змаганнях; II період – 1972-1976 рр. - впровадження класифікаційної системи ISMGF; III період – 1976-1988 рр. – проведення класифікації в межах кожної нозологічної підгрупи (ПХСМ, наслідки ЦП, ампутації, інші пошкодження опорно-рухового апарату); IV період – 1992-2000 – впровадження двохетапної класифікації (загальної та функціональної).

2. Аналіз динаміки результатів змагань в спринті та штовханні ядра показує, що зменшення відмінностей між результатами в групах з найменшими та найбільшими ураженнями спричиняє зміни в класифікаційних підходах.

3. Аналіз динаміки результатів змагань в спринті та штовханні ядра виявляє чітко виражені нозологічні особливості. Так, в спортсменів з травмами хребта та спинного мозку в групах з **найбільшими** ураженнями спостерігається **незначне** збільшення результатів як у спринті, так і в штовханні ядра. А в групі з **найменшими** ураженнями відзначається більш значуще зростання **результатів**. Натомість, в спортсменів з ампутаціями в групах з **найбільшими** ураженнями результати **зростають вдвічі**, а в групі з **найменшими** ураженнями результат хвилеподібно **коливається на рівні середнього**.

4. Відсутність суттєвого зростання результатів в окремих класифікаційних групах протягом усього періоду їх участі в Паралімпійських іграх (штовхання ядра, спортсмени з ПХСМ в групі найбільших уражень; спринт та штовхання ядра, спортсмени з ампутаціями в групі найменших уражень), чи в певні історичні періоди (інші класифікаційні групи в період 1992-2000 рр.) свідчить про досягнення їх біляграничного рівня для спортсменів відповідних нозологій.

5. Незважаючи на встановлену стабілізацію класифікаційних підходів в період 1996 – 2000 рр., вважається необхідним вдосконалення процесу розподілу спортсменів-паралімпійців на відповідні стартові групи для об'єктивізації визначення переможців, зрівняння можливостей спортсменів в досягненні результату.

Література

1. Бріскін Ю.А. Адаптивний спорт. Спеціальні Олімпіади: навчальний посібник. – Львів: “Ахіл”, 2003. – 128 с.
2. Бріскін Ю.А. Організаційні основи Паралімпійського спорту: навчальний посібник. – Л.: “Кобзар”, 2004. – 180 с., іл.
3. Бріскін Ю., Передерій А., Блінова С. Тенденції формування програм паралімпійських ігор // Оздоровча і спортивна робота з неповносправними: Збірник наукових статей з проблем фізичного виховання і спорту та фізичної реабілітації неповносправних. - Львів: "Ахіл", 2003. - Вип.1. - С. 7-11
4. Бріскін Ю.А., Передерій А.В., Строкатов В.В. Параолімпійський спорт: навчальний посібник. -Львів: “Арал”, 2001.- 141 с.
5. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Сусяев В. Г. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учебн. пособие / Под редакцией проф. С.П. Евсеева. — М.: Советский спорт, 2000. — 152 с.
6. Висковатова Т.П. Умственная отсталость и параолимпийский спорт // Наука в олимпийском спорте. - 2002. - № 2. - С. 30-36.
7. Приступа Е. Особенности системы спортивных соревнований инвалидов // Наука в олимпийском спорте. - 2002. - № 2. - С. 36-41.
8. Steadward R., Peterson C. Paralympics. – Canada, 1997. – 261 p.