

УДК 796 - 053.2

## ПРАКТИКА ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО АДАПТИВНОМУ СПОРТУ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Елена КАЛЕНИК

*Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия*

**ПРАКТИКА ПОЗАУРОЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ З АДАПТИВНОГО СПОРТУ В СИСТЕМІ  
КОРЕКЦІЙНОЇ ОСВІТИ.** Єлена КАЛЕНІК. *Ульяновський державний університет, Ульяновськ,  
Росія.*

**Анотація.** Актуальним стає аналіз співвідношення параметрів якості життя з одного боку, з показниками фізичної працездатності, функціональним станом – з іншого, в процесі регулярних занять адаптивним спортом розумово відсталих школярів. Об'єктом дослідження стали 65 школярів з F-70 у віці від 8 до 18 років. Якість життя у школярів-спортсменів з розумовою відсталістю достовірно вища, ніж у тих, які не займаються адаптивним спортом.

**Ключові слова:** позаурочна діяльність, якість життя, здоров'я, фізична працездатність, функціональний стан, адаптивний спорт, школярі з легким ступенем розумової відсталості.

**Постановка проблеми.** На современном этапе развития образования актуальным становится вопрос возможности максимально использовать ресурсы системы дополнительного образования детей с особыми нуждами. В условиях внедрения Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования необходимость взаимодействия школы и учреждений дополнительного образования детей приобретает особую значимость и продиктована общностью проблем воспитания и личностного развития детей с умственной отсталостью, вопросами их самореализации, социальной адаптации в учебное и свободное время.

Характер и содержание внеурочных программ дополнительного образования школьников специальных учреждений определяются субъективными факторами, спецификой социальных заказов. Основная цель внеурочной деятельности во вспомогательной школе будет – создание, расширение и обогащение учебно-воспитательного пространства в микросоциуме – ближайшей среде жизнедеятельности особенного ребенка, обеспечение его успешной адаптации к современным социокультурным условиям, улучшения качества жизни ребенка с умственной отсталостью.

Концепция качества жизни – понятие относительно новое для отечественной педагогической, спортивной и медицинской практики в целом. Понятие «качество жизни» (КЖ) аккумулирует основные условия существования и развития человека. В то же время качество жизни не сводится только к уровню жизни, так как последний выступает лишь одним из многих критериев этого качества. Один из важных компонентов качества жизни населения – это здоровье людей [3].

Термин «Качество жизни» имеет свое начало в «Программе развития ООН», в отчетах о развитии человечества, которые были разработаны в 1990 г.[17]. ВОЗ определяет качество жизни как восприятие человеком своей позиции в жизни, в том числе физического, психического и социального благополучия, независимости, качества среды, в которой он живёт, степени удовлетворённости конкретным уровнем жизни и другими составляющими психологического комфорта. [1]. Существуют различные методики оценки показателя качества жизни [10, 16, 18], и, соответственно, различные подходы в исследовании субъективного качества жизни [8].

В научной литературе все чаще встречаются публикации о качестве жизни людей с различными патологиями. Качество жизни, с точки зрения медицины, – это способность больного жить такой же полноценной жизнью, как его здоровые сверстники, находящиеся в аналогичных экономических, климатических и политических условиях [9,11,15]. Причём если в медицине существуют исследования, в которых показатель качества жизни используется для оценки эффективности лечения [8], то в педагогике, а в частности в адаптивном физическом воспитании, этот метод применяется очень редко. Рост интереса к этой проблеме является показателем стремления к развитию целостного взгляда на человека как такового.

Применение понятия «качество жизни» обычно относят к хроническим заболеваниям [12]. К этой области относят поражения структур мозга, которые наблюдаются при умственной отсталости. Именно качество жизни определяет успех социализации школьников с умственной отсталостью, прогноз заболевания и побуждает исследователей к разработке новых и усовершенствованию уже существующих методов. Применение современных технологий адаптивной физической культуры и спорта позволяют проводить профилактику сопутствующих заболеваний, реабилитировать и, в конечном счете, социализировать детей с умственной отсталостью. По данным полученным в научных исследованиях, показатели физической составляющей качества жизни связаны с параметрами соматического, эмоционального состояний и общего здоровья [4].

Актуальным становится вопрос о качестве жизни, связи показателей КЖ с физическим развитием, физической работоспособностью, функциональным состоянием, и влияния регулярных занятий адаптивным спортом на показатели общего здоровья, составляющей КЖ умственно отсталых школьников.

Таким образом, **целью исследования** становится анализ соотношения параметров КЖ, с одной стороны, и показателей физической работоспособности, функционального состояния, с другой стороны, в процессе регулярных занятий адаптивным спортом умственно отсталых школьников.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучить качество жизни у школьников с умственной отсталостью дополнительно занимающихся адаптивным спортом.

2. Проанализировать связь КЖ с данными, характеризующими здоровье школьников с умственной отсталостью дополнительно занимающихся адаптивным спортом, физической работоспособностью и функциональным состоянием.

3. Провести сравнительный анализ качества жизни у школьников с умственной отсталостью, занимающихся и не занимающихся адаптивным спортом.

**Методы исследования.** Для решения поставленных задач были использованы следующие методы исследования: Европейский опросник качества жизни – Euro Quality of Life, анкетный опрос. Расчетный индекс функциональных изменений по А.П. Берсеновой (ИФИ), классический тест РWC<sub>170</sub> с двухмоментной пробой по степэргометрии.

Результаты, полученные в исследовании, подвергли обработке математическими методами описательной статистики и проверке гипотезы по t-критерию Стьюдента, дисперсионному анализу по критерию Фишера, ранговой корреляции Спирмена.

**Организация исследования.** Работа выполнена на базе специальной (коррекционной) школы города Ульяновска №18. Исследование проводилось в 2010/2011 гг. Объектом исследования явились 65 школьников в возрасте от 8 до 18 лет. В исследование не включались школьники с тяжелыми функциональными нарушениями, имеющие признаки выраженных отклонений в умственном развитии F-71, плохо понимающие русский язык.

В «основную» группу вошли школьники с III группой здоровья, при отсутствии на момент исследования острого заболевания (n-32). В группу «основная + секция адаптивного спорта» (далее «основная +АС») (n-33), вошли школьники, дополнительно занимающиеся адаптивным спортом по специально разработанной программе «Развитие Адаптивного спорта в Ульяновской области», в спортивных секциях – баскетбол и легкая атлетика от 1 года до 4 лет на базе специальной (коррекционной) школы №18 города Ульяновска. Характеристика групп детей представлена в таблице 1.

Таблица 1

#### **Характеристика групп школьников с умственной отсталостью**

Характеристика/ диагноз F-70	Группы детей		
	общее кол-во	основная	основная + АС
(n) девочек	21	11	10
(n) мальчиков	44	21	23

**Результаты и их обсуждение.** Для изучения качества жизни у школьников с умственной отсталостью был использован Европейский опросник качества жизни (Euro Quality of Life, или EuroQol). Это широко распространенный многоаспектный опросник, разработанный совместно группой исследователей из Великобритании, Нидерландов, Норвегии, Финляндии и Швеции (1990) [13].

Апробация теста на различных контингентах больных выявила значительный «эффект потолка», данный инструмент позволяет выявить в основном выраженные изменения функционирования и поэтому пригоден преимущественно для пациентов с тяжелыми заболеваниями (Brazier J.) [14]

Данный вариант теста представляет собой визуальную аналоговую шкалу для глобальной оценки связанного со здоровьем качества жизни. Тест представляет нарисованную шкалу (типа термометра), на котором наилучшее состояние здоровья, которое только может себе представить испытуемый, соответствует оценке 100, а худшее – отметке 0 (по S.Walker, R.Rosser, 1993).[20]. Тест прост в использовании, что важно для школьников с умственной отсталостью.

Данный тест на сегодняшний день является наиболее известным опросником для исследования качества жизни людей с заболеваниями и относится к неспецифическим опросникам [5].

Опросник включает несколько шкал:

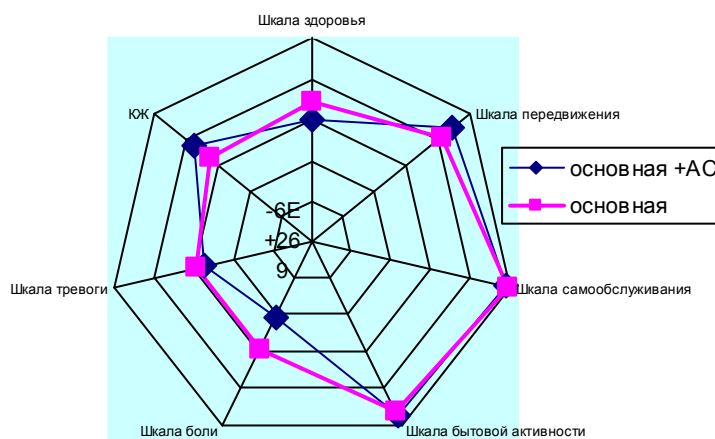
1. Шкала общего здоровья оценивает субъективное восприятие.
2. Шкала активности в повседневной жизни, самообслуживания.
3. Шкала физической боли, которая может вызвать ограничение обычной активности.
4. Шкала психического здоровья выявляет степень тревожности, душевного спокойствия.

Ответы на вопросы кодируют в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов соответствует более высокому уровню качества жизни.

В ходе пилотного тестирования, в котором приняли участие ученики специальной (коррекционной) школы № 23 г. Ульяновска (n=25), было установлено, что школьники с легкой степенью умственной отсталости хорошо понимают смысл всех вопросов, и заполнение опросника не представляет для них сложности.

Исследование переменных, связанных с КЖ умственно отсталых школьников, включало также анкетирование, куда входили сведения о социальных параметрах (пол, возраст, наличие привычки к курению и употреблению алкоголя, гигиенических навыках, состав питания).

На рис. 1 представлены результаты тестирования по опроснику качества жизни Euro Quality of Life (см. рис. 1). Исследование показало, что школьники с умственной отсталостью оценивают КЖ в пределах 65-75 баллов. Нужно учитывать факт, что дети с умственной отсталостью не всегда адекватно оценивают свое качество жизни, но все же при качественно подготовленном исследовании с соответствующими методиками можно получить достоверный результат. Оценки КЖ школьников с умственной отсталостью в нашем исследовании совпадают с результатами, представленными в научной литературе (дети-инвалиды с поражением ЦНС оценивают КЖ на 63 балла, достоверно с нашими показателями данные результаты не различаются) [7]. Качество жизни школьники с умственной отсталостью оценивают так же низко, как и подростки-инвалиды  $61 \pm 3,2$  балла (Е.К. Мачалова, 2005), а эти данные показатели достоверно ( $p \leq 0,001$ ) ниже, чем у здоровых сверстников против  $80 \pm 2,5$  балла из 100 возможных (Е.К. Мачалова, 2005) [7]. Субъективное восприятие школьником особенностей своего функционирования, здоровья и качества жизни является серьезным моментом для выявления особенностей его медико-биологической и социальной адаптации (Е.В. Бахадова, 2008).



**Рис. 1. Результаты тестирования по опроснику качества жизни Euro Quality of Life у школьников с умственной отсталостью в исследовательских группах «основной» и дополнительно занимающихся адаптивным спортом**

В исследовательских группах КЖ имеет значительные отличия, что зависит от их интеграции и социализации в общество. Физическая культура и адаптивный спорт как одна из сторон социализации личности играют важную роль в улучшении КЖ подростков с умственной отсталостью и их интеграции в общество через спорт. Результат исследования КЖ у школьников с умственной отсталостью выявил, что по парному t-критерию Стьюдента зависимых показателей КЖ достоверно выше ( $p \leq 0,01$ ) в группе дополнительно занимающихся адаптивным спортом, который колеблется в пределах  $74,7 \pm 1,9$  балла, чем данный показатель в «основной» группе, результат которой составил КЖ  $64,9 \pm 2,7$  балла.

Однако, по «шкале общего здоровья» группа, дополнительно занимающаяся адаптивным спортом, оценила свое субъективное восприятие состояние здоровья ниже, чем в «основной» группе. По значениям критерия Фишера в группе спортсменов показатель достоверно ниже ( $p \leq 0,05$ ), что на первый взгляд, неожиданно. Можно было бы ожидать, что у них должны быть лучшее субъективное оценивание общего здоровья, так как занимаются адаптивным спортом. Мы предполагаем, что школьники данной группы оценивают более адекватно свое состояние здоровья. За счет спортивных занятий, большого количества введения новых и специальных физических упражнений, которые не всегда получаются, повышенной мотивации на достижение спортивного успеха, не всегда учитывая фактор болезни (как таковой умственной отсталости), не позволяют школьникам удовлетвориться своим состоянием здоровья.

Так же «общая шкала здоровья» отчетливо коррелирует с зависимостью от табака, что косвенно подтверждает не удовлетворенность своим общим состоянием здоровья в данной группе. Половина школьников из группы «основная + АС» пробовала курить, и 30% курит на момент исследования.

По шкалам «бытовой активности», «тревоги», «самообслуживания» результаты в группах идентичны и достоверно не различаются, школьники набрали от 80 до 98 баллов.

Однако по шкале «физической боли» школьники спортсмены имеют показатель ниже по парному t-критерию Стьюдента зависимых показателей ( $p \leq 0,5$ ), чем в «основной» группе, и в анкетном опросе школьники спортсмены на вопрос «за последнюю неделю болел ли живот, голова, зуб и т.д.?» набрали 0,33 балла, а в группе «основной» на этот же вопрос школьники ответили на 0,71 балла. Этот факт свидетельствует о меньших физических неприятных ощущениях, болезнях, которые могут вызвать ограничение в обычной активности у школьников, дополнительно занимающихся адаптивным спортом.

Несмотря на ряд шкал, которые показали неудовлетворенность общим здоровьем, качество жизни у школьников спортсменов достоверно выше, чем не занимающихся адаптивным

спортом. Регулярные физические тренировки улучшают эмоциональное состояние школьников и повышают удовлетворенность жизнью, а наличие эффективных способов преодоления трудностей, отсутствие депрессии и тревоги способствуют формированию мотивации на физическую активность [4].

Оценка факторов, ассоциированных с КЖ школьников с умственной отсталостью, была бы неполной без включения показателей, характеризующих функциональное состояние здоровья, и физическую работоспособность.

Оценивая в группах индекс функциональных изменений по А.П. Берсеновой (ИФИ), определили нормальную (удовлетворительную) адаптацию:  $ИФИ_{\text{основная}} = 1,91 \pm 0,2$  у.е.;  $ИФИ_{\text{основная+АС}} = 1,97 \pm 0,09$  у.е. Показатель свидетельствует о хорошей адаптации к окружающей среде, индивидуальном здоровье, о высоких возможностях системы кровообращения у школьников с легкой степенью умственной отсталости, и возможность занятий физической культурой без ограничений. Индекс функциональных изменений является показателем, обуславливающий взаимосвязь двух противоположных понятий: «здоровье» и «болезнь» [6]. В исследовательских группах по индексу ИФИ можно говорить о функционально «здоровых» школьниках. Были установлены положительные корреляционные отношения между КЖ и ИФИ в исследовательских группах, и в группе «основной +АС» ( $p \leq 0,05$ ) корреляция более достоверна. Таким образом, более адаптивное функциональное состояние у школьников спортсменов соответствует высокой оценке КЖ.

Для определения общей физической работоспособности (ОФР) нами был использован классический тест  $PWC_{170}$  с двухмоментной пробой по степэргометрии. При степэргометрии ( $h = 0,35$  м, темп первой нагрузки – 16-20 подъемов в мин, второй нагрузки – 30 подъемов в мин), коэффициент уступающей работы (К) принят за 1,3 [6]. В связи со значительной лабильностью пульса у школьников с умственной отсталостью, когда величина пульса после первой нагрузки составляла 150 уд/мин, а после второй 160-165 уд/мин, мы пользовались формулой расчета по Л.И. Абросимовой, В.Е. Карасик [2]

Результаты физической тренированности в группе «основной»  $PWC_{170} = 16,85 \pm 1,06$  кгм/мин/кг оцениваются как умеренные, в группе «основной +АС»  $PWC_{170} = 18,6 \pm 1,3$  кгм/мин/кг – хорошие. На рисунке 2 представлены показатели  $PWC_{170}$  в группах по возрастам занимающихся адаптивным спортом и не занимающихся (см. рис. 2). При индивидуальной оценке теста  $PWC_{170}$  у баскетболистов в возрасте 15–18 лет, занимающихся адаптивным спортом от 2 до 4 лет, зафиксирован самый высокий показатель  $PWC_{170} = 22,6 \pm 0,1$  кгм/мин/кг (см. рис. 2). По парному t-критерию Стьюдента зависимых показателей  $PWC_{170}$  достоверно различается в группах, в «основной» группе результат  $PWC_{170}$  ниже в 95% ( $p \leq 0,05$ ), чем данный показатель в группах, дополнительно занимающихся адаптивным спортом.

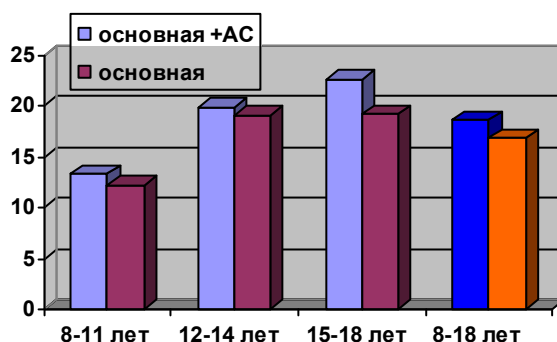


Рис. 2. Показатель  $PWC_{170}$  у школьников с умственной отсталостью в группах основной и дополнительно занимающихся адаптивным спортом по возрастам. (Последний столбик – средний показатель  $PWC_{170}$  в группах «основной» и «основной +АС»)

Были установлены положительные корреляционные отношения между КЖ и  $PWC_{170}$  в группе спортсменов ( $p \leq 0,05$ ). А в группе «основной» корреляционные связи между КЖ и  $PWC_{170}$  имеют отрицательную корреляционную связь. Таким образом, хорошая общая физическая работоспособность у школьников спортсменов соответствует более высокой оценке удовлетворенности жизнью.

Качество жизни и адаптивная физическая культура и спорт у умственно отсталых школьников взаимосвязаны. Одним из проявлений этой взаимосвязи является зависимость физических и функциональных переменных в процессе занятий адаптивным спортом: регулярные физические тренировки улучшают эмоциональное состояние, повышают удовлетворенность жизнью, адаптируют школьников через спорт и социализируют их в обществе.

#### **Выводы.**

1. Качество жизни школьников с умственной отсталостью колеблется в пределах 65–75 баллов. Параметры, определяющие уровень качества жизни, «бытовая активность», «тревога», «самообслуживание» в группах идентичны и достоверно не различаются, результаты в пределах 80–98 баллов. Показатели КЖ школьники с умственной отсталостью оценивают так же низко, как и подростки-инвалиды –  $61 \pm 3,2$  балла. Данные показатели достоверно ( $p \leq 0,001$ ) ниже, чем у здоровых сверстников.

2. Результат КЖ достоверно выше ( $p \leq 0,01$ ) в группе дополнительно занимающихся адаптивным спортом  $KЖ = 74,7 \pm 1,9$  балла, чем данный показатель в «основной» группе КЖ –  $64,9 \pm 2,7$  балла.

3. По «шкале общего здоровья» группа, дополнительно занимающаяся адаптивным спортом, оценила свое восприятие состояние здоровья ниже ( $p \leq 0,5$ ), чем «основная» группа. Предполагается, что школьники данной группы оценивают более адекватно свое состояние здоровья, за счет занятий адаптивным спортом. «Общая шкала здоровья» коррелирует с зависимостью от табака, что косвенно подтверждает неудовлетворенность своим общим состоянием здоровья в данной группе. Половина школьников из группы «основная + АС» пробовала курить, и 30% курит на момент исследования.

4. По шкале физической «боли» школьники спортсмены имеют показатель ниже ( $p \leq 0,5$ ), чем в «основной» группе, этот факт свидетельствует, о меньших физических неприятных ощущениях, которые могут вызвать ограничение в обычной активности у школьников, дополнительно занимающихся адаптивным спортом.

5. В исследовательских группах по индексу ИФИ можно говорить о функционально «здоровых» школьниках. Были установлены положительные корреляционные отношения между КЖ и ИФИ в исследовательских группах. В группе «основной + АС» ( $p \leq 0,05$ ) корреляция более достоверна. Таким образом, более адаптивное функциональное состояние у школьников спортсменов соответствует высокой оценке КЖ.

6. В «основной» группе  $PWC_{170} = 16,85 \pm 1,06$  кгм/мин/кг оценивается как умеренная, в группе «основной + АС»  $PWC_{170} = 18,6 \pm 1,3$  кгм/мин/кг – хорошая.  $PWC_{170}$  в «основной» группе ниже ( $p \leq 0,05$ ), чем данный показатель в группах дополнительно занимающихся адаптивным спортом. Были установлены положительные корреляционные отношения между КЖ и  $PWC_{170}$  в группе спортсменов ( $p \leq 0,05$ ), таким образом, хорошая общая физическая работоспособность у школьников спортсменов соответствует более высокой оценке удовлетворенности жизнью.

#### **Список литературы**

1. *Абрамова И. В.* Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2000. – № 1. – С. 42–46.
2. *Абросимова Л. И.* Определение физической работоспособности детей и подростков / Абросимова Л. И., Карасик В. Е. // Медицинские проблемы физической культуры. – 1978. Вып. 6.
3. *Белобородов И. И.* Теоретико-методологические проблемы политики народонаселения // Политика народонаселения: настоящее и будущее материал междунар. науч. конф. – М., 2005.

4. Васильева И. А. Качество жизни больных при лечении гемодиализом: биологические и психосоциальные факторы, методы оценки и подходы к коррекции : автореф. д-ра псих. наук. / Васильева И. А. – СПб., 2010. – 45с.
5. Исследование качества жизни больных сахарным диабетом 1-го типа // Медицинская панорама. – 2003.
6. Ланда Б. Х. Мониторинг физического развития и физической подготовленности учащихся: курсы повышения квалификации / материал междунар. науч. конф. по вопросам состояния и перспектива развития медицины в спорте. – 2010. – С. 7.
7. Мочалова Е. К. Медико-социальная характеристика и качество жизни подростков-инвалидов : автореф. дис. ... канд. наук / Мочалова Е. К. – М., 2007. – 21с.
8. Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка в процесі лікування / Марута Н. О., Панько Т. В., Явдак І. О. [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 2. – С. 113–114.
9. Орлов В. А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / В. А. Орлов, С. Р. Гиляревский. – М. : Союзмединформ, 1992. – 65 с.
10. Польшанная М. Ю. Оценка качества жизни психически больных // Архив психиатрии. – 2002. – № 2. – С. 5–9.
11. Сулаберидзе Е. В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной медицине // Российский медицинский журнал. – 1996. – №6. – С. 9-11.
12. Хрыщанович В. Я. Оценка качества жизни пациентов с первичным послеоперационным гипотиреозом, принимающих L-тироксин // Оценка качества жизни в паллиативной медицине. – М., 2005, С. 10
13. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М., 2002- С.198
14. Brazier J. Testing the validity of the EuroQol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire / J. Brazier, N. Jones, King P. // Quality of Life Research. – 1993. – Vol.2. – P. 169-180.
15. Elkinton Y. Medicine and the quality of life // Annals. Int. Med. – 1966. – № 64. – P. 711-714.
16. Assisted evaluation scale of quality of life / Grabot D., Martin C., Auriacombe M., Tignol J. // Encephale. – 1996. – Vol. 22, № 3. – P. 181–185.
17. Доклады о развитии человека с 1990 по 2000 годы // Человеческое развитие. 2000. – 464 с.
18. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach / Ruggeri M., Warner R., Bisoffi G., Fontesedro L. // British Journal of Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 268–275.
19. Walker S. Quality of life assessment / S. Walker, R. Rosser. – Kluwer academic publishers, 1993.

## ПРАКТИКА ВНЕУРОЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО АДАПТИВНОМУ СПОРТУ В СИСТЕМЕ КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Елена КАЛЕНИК

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

**Аннотация.** Актуальным становится анализ соотношения параметров качества жизни с одной стороны, с показателями физической работоспособности, функциональным состоянием, с другой стороны, в процессе регулярных занятий адаптивным спортом умственно отсталых школьников.

Объектом исследования явились 65 школьников с F-70 в возрасте от 8 до 18 лет. Качество жизни у школьников спортсменов с умственной отсталостью достоверно выше, чем не занимающихся адаптивным спортом.

**Ключевые слова:** внеурочная деятельность, качество жизни, здоровье, физическая работоспособность, функциональное состояние, адаптивный спорт, школьники с легкой степенью умственной отсталости.

**PRACTICE EXTRACURRICULAR ACTIVITIES IN ADAPTIVE SPORTS  
FOR SPECIAL EDUCATION**

**Elena KALENIK**

*Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia*

**Annotation.** The relationship between the QoL parameters and indicators of physical health and functional status becomes relevant during regular adaptive sport classes with mentally retarded schoolchildren.

The objects of the research were 65 schoolchildren with F-70 ageing from 8 to 18. Quality of life of schoolchildren athletes with mental retardation is significantly higher than ag those who are not involved in adaptive sports.

**Key words:** after-hours activities, quality of life, health, physical capacity, functional status, adaptive sports, schoolchildren with mild mental retardation.