

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Ханты-Мансийский автономный округ- Югра
Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры
«Центр адаптивного спорта»

**ПРОГРАММА
по адаптивной физической культуре
для различных нозологических групп**

Срок реализации 3 месяца

**Ханты-Мансийск
2018**

Оглавление

Введение.....	3
2. Основные формы физической культуры инвалидов	6
3. Оздоровительная физкультура.....	10
4. Лица с поражением опорно-двигательного аппарата.....	14
(детский церебральный паралич)	14
5. Особенности физического развития и двигательных нарушений у лиц с нарушением зрения	22
6. Методика обучения слабослышащих детей на занятиях	31
7. Особенности методики адаптивной физической культуры с детьми, имеющими отклонения в интеллектуальном развитии.....	34
8. Условия зачисления в группы физкультурно-оздоровительной направленности.....	39
9. Методические рекомендации.....	40
10. Перевод в группы начальной подготовки спорта лиц с поражением ОДА, с нарушением зрения, с нарушением слуха, и нарушением интеллектуального развития.	41
Литература	42

Введение

Адаптивная физическая культура рассматривается как часть общей культуры, подсистема физической культуры, одна из сфер социальной деятельности, направленная на удовлетворение потребности лиц с ограниченными возможностями в двигательной активности, восстановлении, укреплении и поддержании здоровья, личностного развития, самореализации физических и духовных сил в целях улучшения качества жизни, социализации и интеграции в общество.

Недостаточный уровень двигательной активности людей с ограниченными возможностями не позволяет им реализовывать себя в обществе. Снижение интеллекта, слуха, как следствие детского церебрального паралича, различные нарушения функций опорно-двигательного аппарата, сопровождаются расстройством не только моторики и координации движений, но и речевой функции, что ограничивает познавательную и коммуникативную деятельность людей с различными отклонениями и нарушениями в состоянии здоровья.

Чтобы повысить уровень здоровья, частично восстановить двигательные функции, комфортно чувствовать себя в обществе здоровых людей, инвалидам необходимо не только восстановительное лечение, но и значительное повышение уровня физической активности за счет занятий различными видами адаптивной физической культуры.

Проблема адаптации и компенсации нарушенных функций через индивидуальный подбор адекватных средств двигательной активности для лиц с отклонениями в состоянии здоровья различных категорий с учетом потенциальных возможностей, возраста, пола, состояния здоровья, раскрывает один из теоретических и практических подходов к методологии адаптивной физической культуры.

Адаптивная физическая культура и адаптивный спорт становятся сегодня одним из важнейших условий всесторонней физической,

социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, адаптации их к жизни, фактором оздоровления и профилактики инвалидизации населения.

По мнению многих специалистов, адаптивная физическая культура и спорт гораздо важнее для человека с ограниченными возможностями, чем для здоровых людей. Серьезный физический или ментальный недуг в большей или меньшей степени приводит к нарушению функций организма в целом, значительно ухудшает координацию движений и ориентацию, что сопровождается психическим напряжением. При этом развивается комплекс неполноценности, сопровождающийся тревогой, утратой чувства достоинства и уверенности в себе. У данной категории людей возникает замкнутость, ощущение потерянности, ненужности.

Активные физические упражнения, участие в спортивных мероприятиях восстанавливают психическое равновесие, возвращают веру в собственные силы, дают возможность вернуться к активной жизни.

Адаптивная физическая культура – это вид физической культуры человека с отклонениями в состоянии здоровья (инвалида) и общества. Это деятельность и ее результаты по созданию готовности человека к жизни; оптимизации его состояния и развития; процесс и результат человеческой деятельности.

Главными становятся проблемы привлечения средств и методов адаптивной физической культуры для коррекции имеющихся у человека дефектов, профилактики сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, комплексной реабилитации и интеграции занимающегося в общество.

Адаптивная физическая культура (АФК) – важнейший компонент системы реабилитации инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Любая приобретенная инвалидность ставит перед человеком проблему адаптации к жизни в новом качестве, проблему освоения новых

знаний, двигательных умений и навыков, развития и совершенствования специальных физических и психических качеств и способностей.

Цель адаптивной физической культуры – максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего отклонения в состоянии здоровья.

В обобщенном виде задачи в адаптивной физической культуре можно разделить на две группы. Первая группа – задачи коррекционные, компенсаторные и профилактические. Они вытекают из особенностей занимающихся. Вторая группа – задачи образовательные, воспитательные и оздоровительно-развивающие – наиболее традиционны для физической культуры.

В связи с тем, что объектом внимания в адаптивной физической культуре является человек с отклонениями в состоянии здоровья, то логично, используя потенциал этого вида деятельности, скорректировать основной дефект. Причем, чем раньше, тем больше вероятность его коррекции. Коррекционная работа проводится по основному дефекту, сопутствующему заболеванию и по вторичным нарушениям. Когда коррекция невозможна, на первый план выступают компенсаторные задачи (формирование пространственно-временной ориентировки у незрячих, «тренировка» сохранных сенсорных систем, обучение ходьбе на протезах).

Все перечисленные задачи решаются комплексно: обучение знаниям, умениям, навыкам (образовательные задачи); развитие физических качеств и способностей, совершенствование осанки и т.п. (оздоровительно-развивающие задачи).

Физические упражнения для инвалидов рассматриваются как стимулятор ответных реакций организма. Но величина этих реакций многообразна и, соответственно, у разных людей имеет большое количество вариаций. Это обусловлено рядом причин:

- специфичностью нозологических форм патологии, состоянием остаточного здоровья и сохранных функций организма индивида;
- сложностью его взаимоотношений с природной средой, но при этом среда сама может быть источником многих патогенных воздействий;
- особенностями социальной жизни, состоянием психики и личностных качеств, нарушенных болезнью.

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре реализация программ физкультурно-оздоровительной направленности осуществляется в рамках государственной программы Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Доступная среда в Ханты- Мансийском автономном округе - Югре на 2016-2020 годы», которая предполагает создание адаптированных условий для инвалидов, желающих заниматься спортом, совершенствования системы физического воспитания различных категорий и групп граждан с ограниченными возможностями.

2. Основные формы физической культуры инвалидов

Самостоятельные занятия физическими упражнениями (утренняя гигиеническая гимнастика, прогулки, ближний туризм, коррекционные занятия).

Организационные групповые и секционные занятия физической культурой и спортом (ЛФК и коррекционные занятия в лечебно-санаторных учреждениях и реабилитационных центрах, занятия доступными видами спорта в группах и секциях общественных физкультурных организаций, производственная гимнастика для лиц, занятых в сфере материального производства и службы быта и др.).

Спорт инвалидов (тренировка, организация и проведение соревнований по различным видам спорта).

Самостоятельные занятия физическими упражнениями в условиях быта необходимо ежедневно включать в режим двигательной активности

инвалидов. В течение дня целесообразно проводить 3-4 занятия продолжительностью 15-30 мин. В целях повышения эффективности воздействия физических упражнений на функциональное развитие и уровень физической подготовленности рекомендуется использовать в индивидуальных занятиях различные тренировочные системы, приспособления и снаряды (гантели, эластичные, резиновые бинты, эспандеры, блочные системы и др.), что позволяет облегчить задачу нормирования физических нагрузок, создания программ локального воздействия на отдельные группы мышц и системы организма.

Утренняя гигиеническая гимнастика проводится ежедневно в течение 15-20 мин независимо от того, где находится инвалид (дома, в больнице, санатории, реабилитационном центре). Дома ему помогают родственники, в медицинских учреждениях – инструктора ЛФК, медсестры и др. В комплекс УГГ включаются 9-10 гимнастических упражнений с задачами, обычными для УГГ. Занятия проводятся сидя на стуле, в кресле-каталке или стоя в фиксирующих аппаратах. Дозировка упражнений зависит от степени и уровня повреждений, возраста, функционального состояния организма занимающихся и от уровня их физической подготовленности.

Прогулки, ближний туризм – формы физического воспитания, не требующие двигательной подготовки и использования сложного оборудования и приспособлений. Прогулки включают в ежедневный двигательный режим на всех этапах реабилитации, длительность их зависит от температуры окружающей среды, функционального состояния инвалидов, возможности использовать этот вид самостоятельных занятий в домашних условиях. Ближний туризм может быть организован группой инвалидов, занимающихся в одной секции или объединении по территориальному принципу (районный клуб, дома для инвалидов, лечебные учреждения санаторного типа), а также самостоятельно, как правило, в течение дня. Включение ближнего туризма в недельный

двигательный режим инвалидов, позволяя обеспечить сочетание активного восприятия окружающей среды с дозированной физической нагрузкой, способствует снижению напряжения нервной системы, улучшению функционального состояния основных систем организма, повышению уровня физической подготовленности инвалидов.

Специальные коррекционные занятия как основное звено активной коррекции включают в себя комплекс профилактических мероприятий (гимнастика, массаж, коррекция поз, ортопедические приспособления, упражнения на тренажерах и др.), способствующих полному или частичному устранению недостаточности опорно-двигательного аппарата. Различают коррекцию активную и пассивную. Под активной коррекцией подразумевают специальные корригирующие упражнения в сочетании с общеукрепляющими.

Пассивная – предусматривает ряд корригирующих воздействий без активного участия инвалида (пассивное движение, вытяжение, массаж и др.). Коррекция делится также на общую и специальную. Общая коррекция включает комплекс общеукрепляющих физических упражнений: гимнастические упражнения общеукрепляющего характера, игры, спорт, закаливание, режим.

Специальная – использует преимущественно активную и пассивную коррекцию для устранения недостаточности опорно-двигательного аппарата. Коррекционные занятия проводятся, как правило, в специальных залах ЛФК под руководством инструкторов. Возможен также способ организации самостоятельных индивидуальных коррекционных занятий дома под контролем врача, педагога.

Одним из эффективнейших средств физического воспитания инвалидов является использование в коррекционных целях тренажеров комплексного и локального воздействия, позволяющих, применяя

индивидуально дозированные нагрузки различной направленности и мощности, получать нужный реабилитационный и тренировочный эффект.

В условиях производственной деятельности инвалидов вынужденные положения тела и недостаточная мышечная активность создают условия для формирования ряда отрицательных последствий функционального и психогенного характера. Средством профилактики этих изменений у инвалида является производственная гимнастика. В результате наблюдений за характером профессиональной деятельности инвалидов было установлено, что более высокая эффективность физических упражнений достигается при их применении на протяжении всего рабочего дня в следующих формах. Вводная гимнастика помогает организму быстрее войти в рабочий ритм и сохранить работоспособность в течение продолжительного времени. Комплекс составляется из 7-8 специальных упражнений и выполняется в течение 5-7 мин непосредственно перед работой.

Физкультурная пауза (ФП) повышает двигательную активность, стимулирует деятельность нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма, снимает общее утомление, повышает умственную работоспособность. Комплекс составляется из 7-8 упражнений и выполняется в течение 5-6 мин. Для усиления воздействия упражнений применяются вспомогательные предметы (гантели, эспандеры, резиновые бинты, гимнастические палки). Выполняется комплекс 1-2 раза во время работы за 1-1,5 часа до окончания первой и второй половины рабочего дня.

Физкультурные минутки (ФМ) способствуют снятию локального утомления; предназначены для конкретного воздействия на ту или иную группу мышц или систем организма занимающихся. В зависимости от самочувствия и степени утомления каждый самостоятельно выбирает необходимый для себя комплекс и выполняет в удобное время

непосредственно на рабочем месте. Комплекс составляется из 3-4 упражнений и выполняется в течение 1,5-2 мин.

Физкультурные микропаузы (ФМП) повышают умственную работоспособность, активизируя нервные центры, снимая излишнюю возбудимость. Комплекс составляется из 1-3 упражнений и выполняется в течение 1 минуты непосредственно во время работы, желательно каждый час.

В программу ежедневных занятий производственной гимнастикой следует включать разнообразные её формы: 1-2 раза ФП, 2-3 раза – ФМ, 3-4 раза – ФМП

В целом на активный отдых в течение рабочего дня инвалидов целесообразно отводить 20-25 мин. Программы занятий необходимо менять ежемесячно.

Регулярные занятия производственной физкультурой способствуют выработке привычки к систематическим занятиям физическими упражнениями и созданию благоприятных условий для высокопроизводительного труда и сохранения здоровья инвалидов.

3. Оздоровительная физкультура

Цели и функции оздоровительной физкультуры. Основными целями оздоровительной физической культуры являются следующие: обеспечение и сохранение высокого уровня здоровья населения; совершенствование физических умений и навыков; повышение иммунитета; психологическая реализация потребностей в физической активности, соревновании, достижении целей; регулирование нормальной массы тела и пропорций; активный отдых, общение. Адаптивная физическая культура преследует иные цели, поэтому применяется только для людей со стойкими нарушениями здоровья. В методике выделяют такие основные функции общеразвивающей физкультуры: оздоровительная: комплекс упражнений

подбирается с учетом индивидуальных возможностей организма человека, возраста и других факторов; воспитательная: реализуется в распространении и агитации здорового образа жизни; образовательная функция заключается в подаче теоретического и практического материала курса оздоровительной физкультуры профессиональными тренерами на основе проверенных методических и экспериментальных данных.

Виды оздоровительной физкультуры. Классифицируют оздоровительную физкультуру в зависимости от возраста подопечных: детская, подростковая, молодежная, для пожилых людей.

Что такое адаптивная физкультура? Еще в 1996 году в государственный реестр-классификатор специальностей для высшего образования была внесена физкультура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья. Сегодня такая специализация имеет название «адаптивная физическая культура». Связано появление этого направления с массовым ухудшением состояния здоровья населения страны, повышения уровня инвалидности.

Адаптивная физкультура отличается теорией и реализацией на практике от оздоровительной или лечебной физкультуры. Если первая направлена на общее оздоровление, а целью другой является восстановление нарушенных функций организма, то адаптивная система рассчитана на социализацию людей, которые имеют серьезные нарушения в здоровье, сказывающиеся на адаптации и самореализации инвалидов в обществе. Адаптивная физическая культура – это интегрированная наука. Это означает, что она объединяет в себе несколько самостоятельных направлений. В физкультуре для инвалидов совмещаются знания из таких сфер, как общая физическая культура, медицина и коррекционная педагогика, психология. Адаптивная система ставит своей целью не столько улучшение состояния здоровья человека с ограниченными возможностями,

сколько восстановление его социальных функций, корректировку психологического состояния.

Часто адаптивная физическая культура становится единственной возможностью человека с инвалидностью стать членом общества. Занимаясь и соревнуясь с людьми со схожими физическими возможностями, человек в состоянии реализовать себя как индивид, развиваться, достигать успехов, учиться взаимодействовать в обществе. Поэтому главной целью специальной физической культуры является адаптация человека с ограниченными способностями в социуме, трудовой деятельности. Исходя из индивидуальных физических возможностей человека, уровня оснащенности профессиональными кадрами и материалами, ставятся разные задачи адаптивной физической культуры. Но основные направления деятельности остаются неизменными.

Коррекционно-компенсаторная работа над выявленным физическим отклонением. В большинстве случаев такая деятельность проводится как по основному заболеванию, так и по сопутствующим проблемам. Например, при ДЦП уделяют внимание не только развитию мышц, суставов, координации движения, но и зрению, речи и другим обнаруженным проблемам со здоровьем. Профилактическая задача заключается в проведении мер, направленных на общее улучшение самочувствия человека, повышение сил и возможностей, укрепление иммунитета. Образовательные, воспитательные и развивающие задачи адаптивной физической культуры также являются немаловажными. Ставится цель привить людям с ограниченными возможностями понятие физической активности как ежедневной неотъемлемой части жизнедеятельности, обучить культуре спорта, правилам поведения в команде и во время соревнований. Психологические задачи являются важными составляющими направления физкультуры для людей-инвалидов. Нередко встречается асоциализация человека не столько из-за какого-либо отклонения в

здоровье, сколько по причине неуверенности в собственных силах, неумении взаимодействовать с другими людьми, непонимании места в обществе.

Эффективно применяют в работе по физической культуре с инвалидами такие методы:

Формирование знаний. Кроме усвоения необходимого объема информации, данный метод включает в себя развитие мотивации, определение ценностей и стимулов. Применяют словесные и образно-наглядные методы передачи информации. В зависимости от вида заболевания обучаемого, следует выбрать наиболее эффективный метод или дозировано совмещать и закреплять словесную информацию наглядным примером. Средства адаптивной физической культуры выбирают разные. Так, например, незрячему человеку можно предложить, в качестве наглядного метода получения знаний, тактильным образом ознакомиться с макетом скелета человека или отдельных мышц, обучая тем самым основам анатомии и физиологии. А словесный метод для глухих людей проводится вместе с сурдологом или с помощью показа таблиц. Метод развития практических навыков. Применяются как стандартизированные подходы, так и авторские частные методики адаптивной физической культуры, рассчитанные на людей с определенными отклонениями.

Методики. Разные отклонения от здоровья требует индивидуального подхода. То, что рекомендовано одной группе людей с ограниченными возможностями, является противопоказанием для других. В связи с этим в зависимости от патологии разрабатывают частные методики адаптивной физической культуры. Классифицируют отклонения в здоровье на такие большие группы: нарушение зрения; нарушение интеллекта; нарушение слуха; нарушение в работе опорно-двигательного аппарата: ампутированного, спинномозгового и церебрального характера. Таким образом, под каждый вид заболевания разработаны комплексные методики

адаптивной физической культуры. В них указаны цели и задачи, способы и приемы, рекомендации, противопоказания, необходимые умения и навыки определенного направления физкультуры для инвалидов.

Адаптированная физкультура для детей. Если оздоровительной физкультурой дети занимаются с самого раннего возраста, то, когда появляется необходимость в адаптивном спорте? К сожалению, медицинская статистика неутешительна – с каждым годом увеличиваются случаи рождения детей с физическими патологиями и лидером такого рейтинга является ДЦП. Для таких детей адаптивная физическая культура – неотъемлемая и обязательная часть общей реабилитации и социализации. Чем раньше установлен диагноз и предприняты меры по реализации специально направленной физической активности ребенка, тем выше вероятность благоприятной адаптации в окружающем социуме. Существуют специальные организации для детей со стойкими нарушениями здоровья, где реализовываются частные методики адаптивной физкультуры. Прогноз для детей-инвалидов, с которыми проводится адаптивная физкультура, положительный. У большинства значительно улучшаются физические показатели, развивается правильная психологическая оценка себя и окружающих, формируется общение и самореализация.

4. Лица с поражением опорно-двигательного аппарата (детский церебральный паралич)

Для всех форм ДЦП характерны двигательные нарушения рефлексорного характера, нарушена координация, повышен тонус мышц, движения, если они возможны, не управляются ребёнком. Лечение детей с ДЦП комплексное и включает медикаментозное, ортопедическое, логопедическое, гидрокинезотерапию, электростимуляцию мышц в покое и ходьбе. Особое значение имеет лечебная физкультура и массаж. Трудотерапия необходима ребёнку для развития основных приёмов

самообслуживания, приобретения определённых трудовых навыков, необходимых для социализации личности.

1. Создание мотивации. Наилучший результат можно получить при оптимальной мотивации, желании и потребности работать. Необходимо создавать ситуации, при которых ребёнок может проявить активность – потянуться за игрушкой, повернуться, сесть, встать, участвовать в игре. Формирование интереса, мотивации возможно при правильной организации занятий: использование игровых моментов, особенно для детей дошкольного и младшего школьного возраста, правильный выбор сложности и темпа выполнения упражнений, подбора различных упражнений и средств. Дети с ДЦП, как и все дети, любят играть. В игре, особенно коллективной, они часто выполняют движения, действия, которые в другой ситуации не выполняют. Игр должно быть много, разнообразных и интересных для ребёнка, но всегда целенаправленных. Если игры очень сложные, то ребёнок отказывается работать, если слишком лёгкие – ему не интересно.

2. Согласованность активной работы и отдыха. Высокая утомляемость при физической и психической нагрузке требует согласования активной работы и отдыха, своевременного перехода к другой деятельности, до наступления утомления, пресыщения, надо чуть-чуть «не доиграть», чтобы не погасить желания действовать.

3. Непрерывность процесса. Занятия не могут проводиться курсами. Они должны быть регулярными, систематическими, адекватными, практически постоянными.

4. Необходимость поощрения. Ребята с ДЦП, как и все дети нуждаются в поощрении, и если на уроке сегодня ребёнок был более активным, изобретательным, что-то сделал лучше, то это надо отметить, похвалить его, в конце занятия подвести итог, но не в коем случае нельзя сравнивать успехи детей.

5. Социальная направленность занятий. Работать над социально значимыми двигательными актами (протянуть руку, взять кружку, поднести ко рту, переложить игрушки), а не над отдельными движениями (сгибание или разгибание в локтевом суставе).

7. Сотрудничество с родителями. Обязательно сотрудничать с родителями, чтобы и дома продолжалось адекватное воздействие. Использовать силу движений в простом и разнообразном домашнем труде - почистить зубы, застелить постель, помыть посуду, подмести пол. Не отбивать желание у детей что-либо делать самим, поощрять их к этому, ни в коем случае не делать за детей то, что они могут сами.

8. Воспитательная работа. Необходимо воспитывать взаимопомощь, самостоятельность, чувство ответственности. Большую роль играет семья, в которой ребёнок проводит основную часть времени, подход и отношение родителей к решению проблем ребёнка. Родители должны создать условия для формирования максимальной самостоятельности и двигательной активности ребёнка, возможности его всестороннего развития. Семье нельзя замыкаться в себе, избегать контактов, широкого общения. Это вредно и для ребёнка, и для родителей.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. Это одно из самых сложных в этиологическом и патогенетическом плане заболевание. За последние годы оно стало одним из наиболее распространенных заболеваний нервной системы у детей. Его основная черта – нарушение развития психомоторных функций. Двигательные расстройства проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений, нарушений координации движений. Эти симптомы нередко сопровождаются задержкой психоречевого развития вплоть до глубокой дебильности и полного отсутствия речи, судорожными припадками, нарушениями зрения, слуха, чувствительности и другими патологиями.

Выделяют следующие формы ДЦП:

- спастическая гемиплегия;
- спастическая диплегия (синдром Литтла);
- двусторонняя (двойная) гемиплегия;
- атактическая (мозжечковая) форма;
- атонически-астатическая форма
- гиперкинетическая форма;
- смешанные формы.

Комплекс упражнений для детей с ДЦП

Наиболее эффективных упражнений, которые рекомендуются для проведения детям с ДЦП.

Занятия, развивающие навыки движения:

- ребенок сидит на корточках, взрослый становится перед ним так же, кладет ручки ребенка на свои плечи и, придерживая его у пояса, пытается поставить малыша на колени;
- ребенок стоит на коленях, взрослый поддерживает его подмышками и наклоняет в разные стороны. Такой прием позволяет ребенку научиться распределять нагрузку то на правую, то на левую ножку;
- взрослый стоит позади стоящего ребенка, придерживая его подмышки, и мягко толкает своими коленями подколенные впадины ребенка, заставляя его присесть;
- ребенок сидит на стуле, взрослый стоит напротив него, зафиксировав его ножки, прижав ступни к полу. Взрослый берет руки ребенка и вытягивает их кпереди и кверху, что заставляет малыша встать;
- придерживая ребенка, просить его постоять попеременно на каждой ножке, стараясь сохранить равновесие;
- подстраховывая ребенка за руки, производить толчки и тянущие движения в разные стороны, заставляя ребенка сделать шаг.

Занятия для нормализации суставных функций:

- ребенок лежит на спине, одна ножка вытянута, а другую следует постепенно приводить коленом к животу, после чего вернуться в первоначальное положение;
- ребенок лежит на боку, при помощи взрослого медленно отводя бедро то в одну, то в другую сторону. Колено при этом согнуто;
- ребенок лежит на спине, попеременно поднимает и опускает ножки, сгибая их в колене;
- ребенок лежит на животе, под грудью подложена подушка. Взрослый приподнимает ребенка за верхние конечности, разгибая верхнюю часть туловища.

Занятия для мускулатуры живота:

- ребенок сидит на стуле, взрослый помогает ребенку наклониться вперед. Возврат в исходное положение малыш должен проделать самостоятельно, либо при небольшой помощи взрослого;
- ребенок лежит на спине, ручки вдоль тела. Необходимо стимулировать попытку малыша перевернуться на живот и снова на спину самостоятельно, не используя при этом ручки;
- научить ребенка напрягать мышцы животика, упражнение можно сочетать с глубокими вдохами и выдохами;
- ребенок сидит на полу, ножки вытянуты. Помочь малышу дотянуться пальчиками рук до пальчиков ног, не сгибая ножки в коленях;
- ребенок лежит на спине, взрослый помогает ребенку поднять прямые ножки и довести их, прикоснувшись пальцами пола над головой.

Занятия для устранения гипертонуса мышц рук:

- проводить активные движения кистью ребенка в разных направлениях, изредка потряхивая рукой и расслабляя мускулатуру;
- крепко удерживать руку или предплечье ребенка до устранения состояния гипертонуса, после чего покачать или встряхнуть конечность для расслабления.

Занятия для мышц ног:

- ребенок лежит на спине, ручки вдоль тела, ножки привести к животу. Взрослый удерживает голени и поочередно отводит ножки в тазобедренном суставе, сочетая отведения в стороны с круговыми вращениями ноги;
- взрослый проводит ребенку сгибательные и разгибательные движения тазобедренного сустава, после этого ребенок пробует удержать ножку самостоятельно.

Групповые занятия имеют целью не только нормализацию двигательной деятельности, но и ускорение социальной реабилитации детей, поддержание уверенности в том, что они являются полезными членами общества. Обычно группы формируются без учёта возраста, степени тяжести и однородности двигательных нарушений.

Оптимальное количество детей в группе – не больше 8-10 человек. В конце занятия проводится подведение итогов, что вырабатывает у детей ответственное отношение к выполнению заданий.

На групповых занятиях дети, благодаря наклонности к подражанию, быстрее осваивают отдельные движения и навыки, обучаясь и копируя друг друга. Очень важен эмоциональный фон урока. С этой целью часто используют музыкальное сопровождение.

Когда дети вместе играют, то на фоне положительного эмоционального состояния и соревновательного момента они часто выполняют движения, которые в обычных условиях им недоступны.

Малоподвижные игры для детей с ДЦП должны быть целенаправленными, например, на столе перед ребёнком инструктор по спорту раскладывает разноцветные кубики разного размера и спрашивает, что бы он хотел с ними сделать. Ребёнок решает строить башню. И далее все действия он проговаривает: «Я беру правой рукой большой синий кубик – это начало дома. Я беру большой белый кубик и ставлю его сверху – это первый этаж». На этом простом примере видно, что одновременно

активизируются двигательная, кинестетическая, зрительная, слуховая, речевая зоны. Формируется зрительно-пространственное восприятие, схема тела и схема движения. Малоподвижные игры (например, шахматы) применяются для тренировки внимания и координации.

Применяют спортивные игры по упрощённым правилам: волейбол, баскетбол, футбол, настольный теннис. Очень эффективны плавание в бассейне и катание на лошадях.

Гимнастические упражнения позволяют точно дозировать нагрузку на различные сегменты тела, они в первую очередь развивают мышечную силу, подвижность в суставах, координацию движений. Гимнастические упражнения выполняются без предметов и с различными предметами (с гимнастической палкой, обручем, мячом), с дополнительным грузом, упражнения на мячах различного диаметра, на гимнастическом оборудовании. В самостоятельный раздел вынесены дыхательные упражнения, упражнения для расслабления мышц, для формирования функций равновесия, прямостояния, для формирования свода и подвижности стоп, а также упражнения для развития пространственной ориентировки и точности движений.

Среди нетрадиционных форм занятий адаптивной физической культурой при ДЦП можно выделить занятия в сухом бассейне, заполненном разноцветными шариками. Тело ребёнка в бассейне всё время находится в безопасной опоре, что особенно важно для детей с двигательными нарушениями. В то же время в бассейне можно двигаться, ощущая постоянный контакт кожи с наполняющими бассейн шариками. Таким образом, происходит постоянный массаж всего тела, стимулируется чувствительность. Занятия развивают общую двигательную активность, координацию движений и равновесие. В сухом бассейне можно выполнять упражнения из различных исходных положений, например, упражнения из исходного положения лёжа на животе укрепляют мышцы спины, развивают

опороспособность рук и хватательную функцию кистей, тренируют зрительно-моторные координации, стабилизируют правильное положение головы.

Другой формой занятий с детьми с ДЦП является фитбол- гимнастика – гимнастика на больших упругих мячах. Применяются также Физиороллы – два соединённых между собой мяча, мячи-стулья (мячи с четырьмя небольшими ножками), мячи с ручками (хлопы), прозрачные мячи со звенящими колокольчиками внутри, большие массажные мячи. Фитбол выдерживает вес более 300 кг и при повреждении медленно сдувается. Применяются фитболы разного размера. Для детей 3-5 лет диаметр мяча должен быть 45см, а от 6 до 10 лет – 55 см. Размер увеличивается с ростом и возрастом. Вибрация сидя на мяче по своему физиологическому воздействию сходна с иппотерапией (лечением верховой ездой). При оптимальной и систематической нагрузке создаётся сильный мышечный корсет, улучшается функция внутренних органов, уравниваются нервные процессы, развиваются все физические качества и формируются двигательные навыки, происходит положительное воздействие на психо-эмоциональную сферу.

Для детей с ДЦП важно использование занятий пластики и хореографии. С помощью них можно развивать чувство ритма, гибкость, координацию движений, правильную осанку, мышечно-суставный аппарат. Специальные упражнения для ног сначала изучают сидя, затем у опоры стоя и лишь некоторые дети по мере их возможностей и освоения движений выполняют их без опоры стоя.

Можно использовать вращательные тренажёры, постепенно увеличивая длительность вращения с переменной направлением и с различными положениями головы. Можно использовать большую автомобильную шину, внутри которой согнувшись помещается больной. Толкают шину, она катится вместе с пациентом.

Совершенствование ритма движений осуществляется благодаря музыкальному сопровождению. Можно использовать бубен, барабан, ложки, магнитофон. Коллективно или индивидуально применять хлопки, удары рукой, топание. Обучающий вместе с детьми делает хлопки, а затем прекращает их. Дети должны продолжить сами в том же ритме. Можно читать стихи или петь, сопровождая текст определёнными движениями. Под танцевальную мелодию дети могут выполнять свободные движения руками и ногами в заданном ритме, сидя или лёжа. Можно передавать предметы в шеренге или парами с сохранением заданного ритма.

Адаптация детей с ДЦП требует учёта всех особенностей ребёнка. Работать с ним необходимо в соответствии с имеющимися нарушениями и одновременно по всем направлениям.

Имея двигательные проблемы ребёнок с ДЦП что-то другое может делать лучше, чем сверстники: играть в шашки или шахматы, рисовать, плести из бисера, писать стихи. Необходимо расширять сферу интересов детей с ДЦП: проводить адаптивные спортивные игры (уроки баскетбола, мини футбола), уроки хореографии, танцы на колясках, иппотерапию и гидрореабилитацию. Среди специализированных учебных заведений можно проводить соревнования по плаванию, шашкам, шахматам.

5. Особенности физического развития и двигательных нарушений у лиц с нарушением зрения

Нарушение зрения затрудняет пространственную ориентировку, задерживает формирование двигательных навыков, ведет к снижению двигательной и познавательной активности. У некоторых детей отмечается значительное отставание в физическом развитии. В связи с трудностями, возникающими при зрительном подражании, овладении пространственными представлениями и двигательными действиями, нарушается правильная поза при ходьбе, беге, в естественных движениях, в

подвижных играх, нарушается координация и точность движений. Индивидуальные отклонения обусловлены рядом причин: расстройством функций зрения на основе органических нарушений, сопровождающихся трудностями формирования физических качеств; ограничением возможностей зрительного подражания, порождающим искаженное представление об окружающей действительности; неблагоприятным периодом дошкольного воспитания, тормозящим развитие познавательной и двигательной активности; снижением иммунитета к инфекционным и простудным заболеваниям. В ряде исследований представлена анатомо-физиологическая связь между зрительной сенсорной системой и вегетативными функциями, связь между зрительной афферентацией и обменными процессами, состоянием сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Предполагается, что энергия световых лучей, направляясь через глаз в гипоталамус и гипофиз, регулирует вегетативно-эндокринные функции организма и оказывает общее тонизирующее действие на центральную нервную систему. Поэтому реализация резервных возможностей организма ребенка с ограниченными возможностями может быть эффективной только при рациональном двигательном режиме. Известно, что наибольший коррекционный эффект обучения детей с проблемами в развитии зависит от выбора оптимального возрастного этапа. Младший школьный возраст является наиболее благоприятным, сенситивным для освоения различных видов деятельности, формирования у школьников привычки к систематическим занятиям физическими упражнениями, привития навыка здорового образа жизни, обеспечивающего реализацию личностных, жизненных потенциалов детей с нарушением зрения. В младшем школьном возрасте развиваются мышечно-двигательные ощущения, улучшается зрительный и осязательный контроль за выполнением движений, совершенствуется координация между зрительными ощущениями и выполнением движений. Согласованность

движений рук и глаз человека разучивается с детства. Всякий раз рука играет роль хватательного орудия и без руководства глаз служить таким орудием не может. Однако младшие школьники с нарушением зрения часто путают правую и левую стороны. Своеобразие развития сенсорных функций обуславливает выраженную степень асимметрии в развитии движений левой и правой руки. Исследования показали несогласованность движений рук, обосновывая функциональную асимметрию явлениями компенсаторного характера. В процессе обучения в связи с трудовой и игровой деятельностью правая рука более совершенствуется в исполнительных функциях, а левая — в контрольных. В связи с этим точность движения правой руки по мере обучения повышается. Уровень физического развития и физической подготовленности детей младшего и среднего школьного возраста с депривацией зрения значительно отстает от нормально видящих сверстников: в весе (от 3 до 5%), росте (от 5 до 13 см), в показателях окружности грудной клетки у детей младшего и среднего возраста отставание составляет у слабовидящих до 4,7 см.

По данным медико-психолого-педагогической оценки, все причины вторичных отклонений можно разделить на две группы: 1) органические нарушения, наследственные заболевания, врожденное слабовидение, обуславливающие трудности формирования гармонически развитой личности; 2) недостаточный уровень социальных и педагогических условий для гармоничного развития ребенка с депривацией зрения, отсутствие или недостаточность профилактической, коррекционной работы с данной категорией детей. К сопутствующим заболеваниям, встречающимся у детей с нарушением зрения, относятся: общее недоразвитие речи (ОНР) разных уровней, сопровождающееся различными типами дизартрии, недоразвитие письменной речи смешанного характера (разные виды дисграфии), соматические заболевания, задержка психического развития, детский церебральный паралич, минимальная мозговая дисфункция (ММД) ММД —

часто встречающееся заболевание. Оно характеризуется негрубым поражением центральной нервной системы, сопровождается мышечной дистонией — неуклюжестью, неловкостью, скованностью в движениях, трудностями в освоении письма, точности моторики. Наиболее характерны для ММД двигательная расторможенность, суетливость, чрезмерная двигательная активность, шаловливость, плохая обучаемость, низкая дисциплина и неорганизованность. Дети с депривацией зрения нуждаются в профилактической и коррекционной работе, направленной на нормализацию двигательных функций. Эта работа должна предусматривать комплексный характер, т. е. оказывать положительное влияние на все ослабленные функции ребенка, обеспечивая наилучшие условия его жизнедеятельности и развития.

Комплексы общеразвивающих упражнений для детей с нарушением зрения

На занятиях, проводя общеразвивающие упражнения, используются те, которые имитируют движения животных, птиц. Это помогает внести в комплекс элемент интереса, забавы, а также способствует расширению зрительных представлений об окружающем, закреплению зрительного образа о реалиях окружающей действительности. При выполнении упражнений можно пользоваться предметными, силуэтные и контурные картинками, с целью активизации зрительного восприятия, выработки бинокулярности и тренировки амблиопичного глаза. Вот некоторые из упражнений:

1. Имитация ходьбы слона – спина прямая, руки на поясе, ходьба большими шагами (впередистоящая нога согнута в коленном суставе, сзади стоящая нога – прямая).

2. Имитация ходьбы пингвина – спина прямая, ходьба частыми мелкими шагами.

3. Имитация движений птиц (петуха, страуса, цапли). При выполнении упражнения бедро выносимой вперед ноги должно быть высоко поднято, спина прямая, плечи развернуты, смотреть вперед-вверх.

4. Имитация движений гуся. Выполнять упражнение из и.п. в приседе, руки на поясе, спина прямая.

5. Имитация движения полета птиц. Ребята выполняют движения руками вверх и вниз (взмах крыльев птиц) в беге.

6. Имитация движения черепахи. Из и.п. в приседе, руками сзади опереться о пол, передвигаться с помощью рук и ног: а) выполнять упражнение лицом вперед; б) выполнять упражнение спиной вперед.

7. Имитация движений животных (кошки, собаки и т.д.). Опираясь о пол на прямые руки и ноги, высоко поднять таз, опустив голову.

8. Имитация прыжков зайца. Прыжки выполняются в полуприседе. И.п.: ноги вместе, руки на поясе, спина прямая, отталкиваться двумя ногами одновременно.

9. Имитация прыжков лягушки. Прыжки – из полного приседа. И.п.: ноги врозь, спина прямая, отталкивание выполнять двумя ногами одновременно, выпрыгивать вверх из полного приседа.

10. Прыжки на одной ноге: чередуя по два прыжка на каждой ноге определенное число раз.

Общеразвивающие упражнения, которые можно сочетать с движением глаз. При выполнении этих упражнений голову не поворачивать, движения глазами выполнять медленно.

1. И. п. – лёжа на спине, руки в стороны, в правой руке яркий мяч. Руки соединить впереди (по отношению к туловищу), передать мяч в левую руку. Вернуться в и. п. смотреть на мяч. Повторить 10 -12 раз (в зависимости от возраста).

2. И. п. – лёжа на спине, руки опущены вдоль туловища, в правой руке мяч или султанчик. Поднять руку с мячом (султанчиком) вверх (за голову)

и, опуская её, передать мяч (султанчик) в другую руку. То же другой рукой. Смотреть на мяч (султанчик). Повторить 5 – 6 раз каждой рукой. При поднимании руки – вдох, при опускании выдох.

3. И. п. – лёжа на спине, руки в стороны. Выполнять скрестные движения прямыми руками. Следить за движением кисти одной, затем другой руки. Выполнять 15 – 20 сек. Дыхание произвольное.

4. И. п. – сидя на полу, упор руками сзади, прямые ноги слегка подняты. Выполнять ими скрестные движения 15 – 20 сек. Смотреть на носок одной ноги. Голову не поворачивать. Дыхание не задерживать.

5. И. п. – то же. Одна нога несколько поднимается, другая опускается, затем наоборот. Смотреть на носок одной ноги. Выполнять 15 – 20 сек.

6. И. п. – сидя на полу, упор руками сзади. Мах правой ногой вверх – влево. То же левой ногой вверх – вправо. Смотреть на носок. Повторить 6 – 8 раз каждой ногой (на носки ног одеваются цветные толстые резинки для волос).

7. И. п. – то же, прямая нога слегка поднята (резинки одеты). Выполнять ею круговые движения в одном и другом направлении. Смотреть на носок. То же другой ногой. В течение 10 – 15 сек. каждой ногой.

8. И. п. – стоя, держать гимнастическую палку вверх, прогнуться – вдох, опустить палку – выдох. Смотреть на палку. Повторить 6 – 8 раз.

9. И. п. – стоя, держать кубики впереди. Круговые движения руками в одном и другом направлении 15 – 20 сек. Смотреть то на один, то на другой кубик. Выполнять круговые движения 5 сек. в одном направлении, затем в противоположном направлении.

10. И. п. – стоя, рука впереди держит обруч. Вращать обруч в одном и противоположном направлении 20 – 30 сек. Смотреть на кисть. Выполнять одной и другой рукой.

11. И. п. – стоя, смотреть только вперёд. Повернуть голову направо, затем налево. Повторить 8 – 10 раз в каждую сторону. Смотреть на какой-

либо предмет, находящийся на расстоянии 3 м и более (гимнастическая стойка, метка на стене).

Комплексы упражнений при близорукости.

Упражнения для укрепления мышц шеи и спины.

У многих близоруких детей наблюдается сутулость, что говорит о слабости мышц задней поверхности туловища, которая может способствовать появлению и прогрессированию близорукости. Поэтому рекомендуем выполнять приведённые ниже физические упражнения, включая их по 3 – 4 в каждый комплекс.

1. Ходьба обычная, на носках, с небольшой подушечкой (наполненной песком) на голове.

2. И. п. – стоя, ноги врозь, руки на поясе. Наклоны, вперёд прогнувшись, спина прямая, лопатки соединить, смотреть вперёд.

3. И. п. – сидя на стуле, держаться руками за спинку внизу. Подать грудь вперёд, прогнуться, затем вернуться в и. п.

4. И. п. – сидя на стуле (гимнастической скамейке), кисти на затылке. Наклонить голову вперёд, затем отводить её назад, оказывая руками небольшое сопротивление.

5. И. п. – стоя, руки сзади в замок. Отводить руки назад, прогибаться.

6. И. п. – стоя, гимнастическую палку держать сзади. Отводить её назад, прогибаться.

7. И. п. – лёжа на спине, ноги согнуты, локти на кровати полу. Опираясь затылком, локтями и стопами, поднять туловище (таз); вернуться в и. п.

8. И. п. – то же. Прогнуться в грудном отделе позвоночника, вернуться в и. п.

9. И. п. – лёжа на животе, руки вдоль туловища. Поднять голову и плечи, прогнуться, вернуться в и. п.

10. И. п. – то же. Приподнять голову, плечи и прямые ноги, прогнуться.

Упражнения для укрепления передней брюшной стенки

Наклоненное вперёд туловище при близорукости во время стояния, ходьбы и сидения способствует расслаблению и ослаблению мышц передней брюшной стенки. Поэтому рекомендуем выполнять приведённые ниже физические упражнения, включая их по 2 – 3 в каждый комплекс.

1. И. п. – лёжа на спине, руки вдоль туловища, на животе стоит кубик. Сделать вдох, приподнимая брюшную стенку и кубик, затем выдох, втягивая её.

2. И. п. – то же. Сделав вдох и не выдыхая, выпятить и втянуть брюшную стенку. Повторить несколько раз.

3. И. п. – лёжа на спине, руки вдоль туловища. Приподнять голову, руки вперёд, пытаться дотянуться до висящего мячика, затем опустить.

4. И. п. – лёжа на спине, руки, на затылке. Поднять голову и плечи, затем опустить.

5. И. п. – лёжа на спине. Согнуть ноги и подтянуть к груди с помощью рук.

6. И. п. – сидя на полу, упор руками сзади, прямые ноги подняты. Развести ноги, затем выполнить скрестное движение «ножницы», вновь развести.

7. И. п. – сидя на полу, носками держаться за нижнюю рейку гимнастической стенки, руки вдоль туловища. Слегка наклониться назад и вернуться в и. п. То же, кисти на затылке. То же, но руки подняты вверх.

При выполнении упражнений на укрепление передней брюшной стенки при близорукости высокой степени нужно учитывать, что нежелательны продолжительные и напряжённые переходы из положения сидя в положение лёжа и обратно. Вдох выполняется в и.п., а при

напряжении передней брюшной стенки – выдох. Степень применяемых усилий не должна быть большой.

Специальные упражнения для наружных мышц глаз

Приведённые ниже специальные физические упражнения (или их варианты) необходимо выполнять с целью профилактики появления и прогрессирования близорукости). Для повышения интереса детей к этим упражнениям они имеют образные названия.

1. «Закрываем двери»: И. п. – сидя. Крепко зажмурив глаза на 3 – 5 сек., а затем открыть глаза на 3 – 5 сек. Повторить 6 – 8 раз. Упражнение укрепляет мышцы век, способствует расслаблению мышц глаз и улучшает кровообращение в них.

2. «Крылья бабочки»: И. п. – сидя. Быстро моргать в течение 1 мин. (с перерывами). Способствует улучшению кровообращения.

3. «Катаемся по горке»: И. п. – стоя. Смотреть прямо перед собой 2 – 3 сек., держать палец правой руки по средней линии лица на расстоянии 25 – 30 см от глаз, перевести взгляд на кончик пальца и смотреть на него 3 – 5 сек., опустить руку. Повторять 10 – 12 раз. Упражнение снижает утомление, облегчает зрительную работу на близком расстоянии.

4. «Качели» И. п. – стоя. Вытянуть вперёд руку, смотреть на кончик пальца, расположенный по средней линии лица, медленно приближать палец, не сводя с него глаз до тех пор, пока палец не начнёт двоиться. Повторить 6 – 8 раз. Упражнение облегчает зрительную работу на близком расстоянии.

5. «Моем окно» И. п. – сидя. Закрывать веки, массировать их с помощью круговых движений пальца. Повторять в течение 1 мин. Упражнение расслабляет мышцы и улучшает кровообращение.

6. «Красим забор» И. п. – сидя. Медленно переводить взгляд с пола на потолок и обратно, голова неподвижна. Повторять 8 – 12 раз.

7. «На колесе обозрения» И. п. – сидя. Медленные круговые движения глазами в одном, а затем в другом направлении (4 – 6 раз).

6. Методика обучения слабослышащих детей на занятиях

Известно, что поражение функции слухового анализатора приводит к целому ряду вторичных отклонений и прежде всего к задержке в речевом развитии. Речь выступает как средство взаимосвязи людей с окружающим миром. Нарушение такой связи приводит к уменьшению объема получаемой информации, что сказывается на развитии всех познавательных процессов, и тем самым влияет в первую очередь на процесс овладения всеми видами двигательных навыков.

Глухим школьникам свойственны разнообразные нарушения в двигательной сфере, наиболее характерным относятся: недостаточно точная координация и неуверенность в движениях, что особенно заметно при овладении навыком ходьбы у малышей, относительная замедленность овладения двигательными навыками, трудность сохранения статистического и динамического равновесия, относительно низкий уровень развития ориентировки в пространстве, замедленная скорость выполнения отдельных движений, всего темпа деятельности в целом по сравнению со слышащими, утрата слуха отражается и на уровне развития физических качеств, в частности, по уровню развития силы (в восьмилетнем возрасте величина отставания глухих от слышащих равна 6 — 8%, а к семнадцатилетнему возрасту достигает 53,3%).

Методика скоростно-силовой направленности процесса опирается на принцип сопряженного развития координационных и кондиционных физических способностей. Для усиления коррекционного воздействия методика включает упражнения для развития равновесия, активизации психических процессов и нарушений слуховой функции упражнения выполняются под ритмичные удары барабана, бубна. Сначала звук

воспринимается детьми через слух и зрительно, а потом только на слух. Средствами развития скоростно-силовых качеств в коррекционном процессе на физкультурном занятии являются различные виды бега, прыжки, метания, упражнения с мячами (набивными, волейбольными, теннисными).

Основные методы – игровой и соревновательный – включают эстафеты, подвижные игры, повторные задания, сюжетные игровые композиции, круговую форму организации занятий.

Каждое занятие обязательно должно содержать элементы обучения программным видам физических упражнений. Из трех занятий в неделю по 30-40 мин (в зависимости от возраста) два отвести развитию преимущественно скоростно-силовых качеств, одно – коррекции вестибулярных нарушений и развитию функции равновесия. Чтобы обеспечить безопасность, прыжковые упражнения проводятся на нестандартном оборудовании – дорожка из 10 цветных поролоновых кирпичиков высотой 12 см (или гимнастическая полусфера), свободно передвигаемых на необходимое расстояние.

Прыжковые упражнения выполняются в основной части занятия. Для развития скоростно-силовых качеств во второй половине основной части занятия лучше использовать комплекс упражнений с набивными мячами весом 0,5-1 кг в парах: броски мяча сверху, снизу, от груди, стоя спиной к партнеру, из положения сидя, лежа на груди и спине, броски ногами из исходного положения стоя и сидя. На начальном этапе для развития силы рук, в том числе мелкой моторики, и скоростно-силовых качеств необходимы облегченные условия, используя не мячи, а поролоновые кубики.

Упражнения с ними весьма разнообразны и с удовольствием воспринимаются детьми: сжимание кубика руками, ногами, прижимание его к полу руками и ногами, поднятие кубика ногами вверх сидя и лежа,

броски кубика из исходного положения стоя (лицом, спиной), сидя (лицом, спиной ногами), лежа (на груди и спине), быстрый бег за кубиками из различных исходных положений после броска и другие упражнения, требующие ориентировки в пространстве, точности и координации движений. Для повышения эмоциональности и поддержания интереса к физкультурным занятиям из них проводится с использованием круговой формы организации, которая воспринимается детьми как игра, так как имеет сюжетную основу. Упражнения подбираются для комплексного развития физических качеств. Количество упражнений на станции, их интенсивность и интервалы отдыха регулируются соответственно индивидуальным возможностям ребенка. Время прохождения всех станций 4-5 мин, отдых между кругами 1-1,5 мин, количество кругов 1-3. Решение задач развития функции равновесия и коррекции вестибулярных нарушений целесообразно решать в одном занятии, отведя каждой из них приблизительно равное время - по 15 мин. Хорошо освоенные и безопасные упражнения (ходьба, стойки) сначала выполняются с открытыми глазами, затем с закрытыми (от 2 до 8-10 шагов). Все упражнения, связанные с коррекцией и развитием равновесия, выполняются со страховкой, поддержкой, помощью. Упражнения в метании на точность с мячами разного диаметра, веса и материала являются сильным раздражителем вестибулярного анализатора, так как приходится запрокидывать голову назад, напрягать зрение, координировать движения, сохранять устойчивость, т.е. включать в работу различные сенсорные системы.

При проведении физкультурно-оздоровительных соревнований необходимо соблюдать ряд методических требований:

- 1) подбирать упражнения, адекватные состоянию психофизических и двигательных способностей ребенка;
- 2) специальные коррекционные упражнения чередовать с общеразвивающими и профилактическими;

3) упражнения с изменениями положения головы в пространстве выполнять с постепенно возрастающей амплитудой;

4) упражнения на статическое и динамическое равновесие усложнять на индивидуальные особенности статокINETической устойчивости детей с обеспечением страховки;

5) упражнения с закрытыми глазами выполнять только после их освоения с открытыми глазами;

6) в процессе всего занятия активизировать мышление, познавательную деятельность, эмоции, мимику, понимание речи.

Задачи коррекции психофизического развития слабослышащих детей успешно решаются в игровой деятельности с помощью артикуляционной и пальчиковой гимнастики, речевых и подвижных игр, где естественным образом активируются эмоции и речь, быстрота реакции и координация движений, ориентировка в пространстве и равновесие, мелкая моторика и дыхание.

Таким образом, результатом активной речевой методики является приобретение младшими школьниками опыта выполнения действий, в которых произвольная регуляция движений пальцев осуществляется преимущественно на основе кинестетических ощущений. Движения приобретают более плавный характер и приближаются к наглядному образцу, ослабляется напряжение пишущей руки. Занятия артикуляционной и пальчиковой гимнастикой в сочетании с подвижными играми способствуют не только коррекции психофизического развития, но и создают предпосылки для развития речи и речевой моторики у слабослышащих младших школьников.

7. Особенности методики адаптивной физической культуры с детьми, имеющими отклонения в интеллектуальном развитии

Метод отражает способ взаимодействия инструктора по спорту и занимающегося, где полем деятельности являются знания, развитие двигательных, психофизических, личностных способностей занимающегося, его эмоции, воля, поведение, при этом сам он выступает одновременно объектом и субъектом педагогической деятельности.

Воспитание и обучение детей с интеллектуальной недостаточностью при всем многообразии подходов, обусловленных своеобразием их физической и психической сферы, имеет ряд общих методов, совокупность которых характеризует любой вид физкультурной деятельности. К ним относятся:

- методы формирования знаний;
- методы обучения двигательным действиям;
- методы развития физических способностей;
- методы воспитания личности;
- методы организации взаимодействия педагога и занимающихся;
- методы регулирования психического состояния детей.

В основе их лежат закономерности обучения, возрастного развития, дидактические и специально-методические принципы, коррекционная направленность процесса.

Методы формирования знаний.

Формирование двигательных действий содержит две стороны: смысловую и процессуальную (двигательную). Смысловая сторона требует мышления, памяти, воображения и регулируется сознанием. Это наиболее сложная задача для детей с умственной отсталостью, так как нарушение познавательной деятельности и психических процессов, связанных с ней, и составляет основной дефект. Освоение любых движений возможно лишь в том случае, если ребенок ощущает свое тело, понимая назначение и возможности его частей, так как от этого понимания зависит формирование пространственного восприятия, дифференцировка движений и т.п. Дети с

умственной отсталостью нередко с трудом осваивают представления о схеме собственного тела и, следовательно, об основных направлениях движения и пространственной ориентации.

Формирование этих представлений должно осуществляться в следующих направлениях.

1) Закрепление знаний о строении тела и его частях:

- голова – лицо, затылок, лоб, подбородок, шея;
- туловище – спина, грудь, живот, бок;
- руки – плечо, локоть, кисть, пальцы;
- ноги – бедро, колено, стопа, пятка, носок, пальцы.

2) Знания о пространственной ориентации в спортивном зале, на стадионе, дома: вход, стены, потолок, углы, дорожка, середина, центр, стартовая линия и др.

3) Названия спортивного инвентаря и оборудования: мячи, кегли, обручи, канат, гимнастическая скамейка, скакалка, гимнастическая стенка, перекладина, маты и др.

4) Знания об исходных положениях: стоя (основная стойка, ноги на ширине плеч), лежа (на спине, на животе, на боку), сидя (на полу, на скамейке), положениях рук, туловища и ног относительно собственного тела.

5) Знания понятий, обозначающих элементарные виды движений и умение выполнять их по словесной инструкции: поднять(ся) – опуститься(ся); согнуть(ся) – разогнуть(ся); наклонить(ся) – выпрямить(ся); повернуть(ся), сесть (сидеть), встать (стоять), идти, бежать, перелезть, ползать, бросать (бросить, подбросить, перебросить, катить), поднять, ловить, поймать.

6) Знание пространственных ориентиров:

- направление движений тела и его частей: вперед-назад, вправо-влево, вниз-вверх;
- построения: в колонну, шеренгу, в круг, в пары;

- представления о движениях, означающих месторасположение (с предлогами перед, за, через, с, на, между, около, под): встать перед гимнастической скамейкой, построиться за гимнастической скамейкой, перепрыгнуть через гимнастическую скамейку, встать на гимнастическую скамейку, спрыгнуть с гимнастической скамейки, проползти под гимнастической скамейкой.

7) Знание подвижных игр: названия, правил, понимания сюжета и ролевых функций, последовательности действий, считалок, речитативов, если они есть в игре.

8) Знания о гигиенических требованиях к спортивной форме, одежде, обуви для занятий в зале, на открытых площадках, в бассейне, лыжных прогулках.

В работе с умственно отсталыми детьми для формирования знаний используются методы слова, наглядной информации и методы практических упражнений.

Метод слова включает:

- объяснение, описание, указание, суждение, уточнение, замечание, устное оценивание, обсуждение, совет, просьбу, беседу, диалог и т.п.
- сопряженную речь – проговаривание хором;
- невербальную информацию в виде мимики, пластики, жестов, условных знаков;
- зрительно-наглядную информацию – иллюстрации схемы тела человека, гигиенические плакаты, видеофильмы и т.п.

Практика показывает, что использование словесных методов в процессе физического воспитания умственно отсталых школьников оставляет слабые следы. Необходимо их сочетание с практической деятельностью. Формирование знаний и обучение движениям происходит быстрее, если информация поступает одновременно с рецепторов зрительного, слухового, двигательного анализаторов. Двигательный образ

становится ярче и быстрее запоминается. Поэтому методы и приемы должны активизировать все функции, участвующие в двигательной деятельности:

- одновременное сочетание показа физических упражнений, словесного объяснения и выполнения;
- рисование фигуры или использование плакатов человека для понимания структуры тела, функций суставов и основных мышечных групп;
- рассказ-описание двигательного действия по картинке с последующей демонстрацией и выполнением его;
- письменное описание одного упражнения с последующим разбором и выполнением (домашнее задание);
- по мере освоения выполнение упражнения только по словесной инструкции, только по показу.

Определенные требования предъявляются к непосредственному показу упражнений, он должен быть четким, грамотным и методически правильно организованным:

- упражнения, выполняемые во фронтальной плоскости, необходимо показывать, встав лицом к учащимся;
- упражнения, выполняемые в сагиттальной плоскости, необходимо демонстрировать, стоя боком;
- упражнения, выполняемые и во фронтальной, и в сагиттальной плоскости, целесообразно показывать дважды, стоя лицом, боком или полубоком;
- зеркальный показ необходим в тех случаях, когда упражнение содержит асимметричные движения;
- упражнения, выполняемые сидя или лежа, лучше показывать на возвышении, максимально концентрируя на себе внимание.

Таким образом, методы слова и наглядности, сопровождающие движение, позволяют умственно отсталым детям оперировать образным материалом воспринимаемых объектов, воссоздавать достаточно большой объем представлений, закреплять полученные знания.

Формирование наглядно-действенного и наглядно-образного мышления у данной категории детей составляет основу обучения двигательным действиям.

8. Условия зачисления в группы физкультурно-оздоровительной направленности

В группы по АФК принимаются дети разных нозологических групп без возрастных ограничений.

Зачисление поступающих в учреждение для прохождения программы физкультурно-оздоровительной направленности оформляется распорядительным актом БУ «Центр адаптивного спорта Югры» на основании решения приемной или апелляционной комиссии в сроки, установленные п.2.1. Положения о зачислении и отчислении спортсменов (занимающихся) БУ «Центр адаптивного спорта Югры» утверждённого приказом от 28.07.2017 года №19/03-П-342 об утверждении Положений о порядке приема лиц в БУ «Центр адаптивного спорта Югры»

Для зачисления в группу по АФК необходимо предоставить:

1. Заявление о зачислении в группу от родителей (законных представителей) ребенка-инвалида.
2. Медицинскую справку о состоянии здоровья ребенка с допуском к занятиям избранным видом спорта.
3. Фотографию ребенка 3х4.
4. Копию свидетельства о рождении ребенка.
5. Выписка из медицинской карты с диагнозом заболевания.
6. Справка МСЭ, ВТЭК.

Взаимоотношения между БУ «Центр адаптивного спорта Югры» и родителями (законными представителями), включающими в себя взаимные права, обязанности и ответственность сторон, возникающие в процессе физкультурно-оздоровительной направленности, оформляются Договором об оказании услуг в сфере адаптивной физической культуры и спорта, с написанием заявления о согласии на обработку персональных данных.

9. Методические рекомендации

Занятия проводятся три раза в неделю в спортивном зале.

Длительность занятий, величина нагрузки в значительной степени зависит от уровня физического и сенсомоторного развития ребёнка.

В комплексы АФК необходимо включать упражнения:

- коррекции позотонических реакций;
- расслабления мышц;
- формирования правильной осанки;
- опороспособности;
- формирования равновесия;
- развития пространственной ориентации и точности движения.

Необходимо использовать индивидуальный подход к детям с учетом их физического и психического развития.

Необходимо в процессе занятий выполнять следующие требования:

- постепенно увеличивать нагрузку и усложнять упражнения;
- чередовать различные виды упражнений, применяя принцип рассеянной нагрузки;
- обеспечивать профилактику травматизма и страховку;
- рационально дозировать нагрузку, не допускать переутомления;

Каждое занятие по АФК начинается с разминки.

Выполняется комплекс общеразвивающих и специальных упражнений, отрабатываются движения, необходимые для разогрева всех

групп мышц. От правильного выполнения упражнений зависят успешность обучения, быстрота и качество освоения техники занятий по АФК.

Каждое занятие состоит из повторения знакомых уверенно выполняемых упражнений и изучения новых.

Во время проведения занятий необходимо соблюдать принцип онтогенетической последовательности. В комплекс АФК включаются упражнения, в исходном положении лежа, сидя, стоя. В зависимости от степени поражения дети могут выполнять упражнения в зале самостоятельно, либо со страховкой инструктора по спорту.

Первое знакомство ребёнка с программой АФК должно быть постепенным, ребёнку необходимо освоиться в непривычной для него обстановке.

10. Перевод в группы начальной подготовки спорта лиц с поражением ОДА, с нарушением зрения, с нарушением слуха, и нарушением интеллектуального развития.

Если ребёнок, прошедший подготовку и достигший минимального возраста для зачисления в группы начальной подготовки по избранной дисциплине, выполняет контрольные нормативы в соответствии с федеральными стандартами спортивной подготовки по виду спорта.

Литература

1. Н.Ж. Булгакова, С.Н. Морозов, О.И. Попов и др.; Оздоровительное, лечебное и адаптивное плавание: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2005.
2. Н.Ж. Булгакова, М.Н. Максимова, М.Н. Мариныч и др.; Водные виды спорта: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2003.
3. А.Д. Викулов; Плавание: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательство «ВЛАДОС-ПРЕСС», 2004.
4. Н.А. Гросс; Физическая культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья. – М.: «Советский спорт» 2005.
5. Д. Дрюэт; П.Мейсон Плавание: Пер. с англ.- М.: ООО «Издательство АСТ»: ООО «Издательство Астрель», 2004.
6. В. Ю. Давыдов; Плавание в детском саду: Учебно-методическое пособие. Волгоград: ВГИФК, 1993.
7. Осокина Т.И. и др. Обучение плаванию в детском саду: Книга для воспитателей дет. сада и родителей. - М.: Просвещение, 1991.
8. Н.А. Сладкова; Опыт работы детско-юношеских спортивных школ и ФСКИ и лиц с отклонениями в развитии: Сборник материалов. – М.: «Советский спорт» 2003.
9. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие /Под ред. Л.В. Шапковой. М.: «Советский спорт», 2004.
10. А.В. Царик; Справочник работника физической культуры и спорта: нормативно-правовые и программно-методические документы, практический опыт, рекомендации. - М.: «Советский спорт», 2003.
11. «Физическая реабилитация и спорт инвалидов», М.: Советский спорт, 2003 год/ электронный ресурс:/ <http://docs.cntd.ru/document/901889506/> дата обращения: 11.10.2016г.

