

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 1
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(1 семестр)

М-1. ТЕМА 1.1. Введение в специальность

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Адаптивная физическая культура – важнейший компонент в реабилитации и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.
2. Предмет, объект, цели, приоритетные задачи, содержание адаптивной физической культуры.
3. Определение основных понятий и терминов адаптивной физической культуры.
4. Виды адаптивной физической культуры, их возможности в обеспечении реализации биологических и социальных потребностей инвалидов и лиц с особенностями психофизического развития.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие. – М.: Физкультура и спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

**ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 2**

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-1. ТЕМА 1.2. Опорные концепции методологии адаптивной физической культуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Общебиологические закономерности жизнедеятельности человека: целостность организма, причинно-следственная связь, адаптация, компенсация.
2. Движение – основа жизнедеятельности.
3. Взаимосвязь биологического и социального, телесного и психического.
4. Адаптивная физическая культура как многосложное функциональное явление, оказывающее влияние на различные стороны жизни человека и общества.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие. – М.: Физкультура и спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 3

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-1. ТЕМА 1.3. Функции адаптивной физической культуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика важнейших педагогических функций: учебно-познавательной, развивающей, коррекционной, профессионально-подготовительной, воспитательной, компенсаторной, рекреативно-оздоровительной, соревновательной, оздоровительно-восстановительной, ценностно-ориентационной, творческой, лечебно-восстановительной, профилактической.
2. Социальные функции адаптивной физической культуры, характеризующие ее влияние на другие социальные явления и процессы окружающей жизни.
3. Характеристика важнейших социальных функций: социализирующей, коммуникативной, интегративной, гуманистической, зрелищной, эстетической, престижной.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие. – М.: Физкультура и спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

**ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 4**

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-2. ТЕМА 2.1. Понятие инвалидности

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Определение понятий «инвалидность», «инвалид».
2. Компоненты инвалидности, степени ограничения жизнедеятельности.
3. Группы инвалидности.
4. Причины инвалидности.
5. Модели инвалидности (медицинская, социальная, политическая, модель независимой жизни).

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

**ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 5**

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-2. ТЕМА 2.2. Понятие о реабилитологии как науке и учебной дисциплине

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие о реабилитологии как науке.
2. Взаимосвязь реабилитологии с другими науками и учебными дисциплинами.
3. Объективные предпосылки для возникновения и развития реабилитологии.
4. Современные подходы к реабилитации.
5. Цель, задачи, принципы реабилитации.
6. Этапы, виды реабилитации.
7. Реабилитация и абилитация, основные отличия.
8. Система реабилитации в Республике Беларусь.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

**ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 6**

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-2. ТЕМА 2.3. Организация международной системы реабилитации

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Международное общество по реабилитации инвалидов.
2. Цель, задачи, принципы деятельности.
3. Роль Организации Объединенных Наций в реабилитации инвалидов.
4. Бюро Организации Объединенных Наций по социальной реабилитации инвалидов.
5. Европейская программа реабилитации.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 7

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-3. ТЕМА 3.1. Задачи адаптивной физической культуры. Классификация и характеристика средств адаптивной физической культуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Главные задачи адаптивной физической культуры – коррекция, компенсация, профилактика.
2. Задачи коррекции основного дефекта (опорно-двигательного аппарата, сенсорных систем, речи, интеллекта, соматических функциональных систем организма) и вторичных отклонений, обусловленных основным дефектом.
3. Задачи компенсации функции при невозможности коррекции нарушений.
4. Задачи профилактики сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений.
5. Особенности решения традиционных задач физической культуры (образовательных, воспитательных, развивающих) в адаптивной физической культуре.
6. Средства адаптивной физической культуры.
7. Классификация, краткая характеристика.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Академия, 2003. – 480 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 8

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-3. ТЕМА 3.3. Формы организации занятий адаптивной физической культуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Коррекционные, лечебно-восстановительные, оздоровительные виды направленности урока.
2. Организация занятий адаптивного физического воспитания в детских дошкольных, школьных, профессионально-технических, средних специальных и высших учебных заведениях.
3. Организация занятий адаптивной физической культурой в стационарных и амбулаторных лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения.
4. Адаптивная физическая культура в системе специального образования.
5. Организованные и самодеятельные формы занятий по адаптивной двигательной рекреации.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Академия, 2003. – 480 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

**ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 9**

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-4. ТЕМА 4.1. Методы формирования знаний и воспитания личности

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Общепедагогические и специфические методы физического воспитания.
2. Общепедагогические методы: слова, наглядности, их характеристика.
3. Особенности применения у лиц с нарушениями психофизического развития.
4. Специфические методы физического воспитания: игровой, строго регламентированного упражнения, соревновательный, их характеристика.
5. Особенности применения у лиц с нарушениями психофизического развития.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

**ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 10**

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-4. ТЕМА 4.2. Методы обучения двигательным действиям

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Разновидности метода строго регламентированного упражнения, используемые преимущественно при обучении двигательным действиям.
2. Особенности использования различных методов и методических приемов в соответствии со структурой процесса формирования двигательных действий.
3. Развитие двигательных способностей, необходимых для осуществления двигательного действия как предпосылка к обучению.
4. Этап начального разучивания двигательного действия (формирование двигательного умения).
5. Этап углубленного разучивания двигательного действия (формирование двигательного навыка).
6. Этап закрепления и совершенствования двигательного действия.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 11
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-5. ТЕМА 5.1. Анатомо-функциональная характеристика работы мышц

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика работы двигательного аппарата.
2. Морфологическая и функциональная характеристика мышц.
3. Понятия: «состояние мышц», «тонус мышцы», «сила мышцы».
4. Парадоксальное действие мышц.
5. Понятия: «цепь звеньев», «направление тяги», «пара сил».
6. Визуальные критерии динамики опорно-двигательного аппарата и его составляющих.
7. Понятия: «динамический стереотип», «моторный паттерн».
8. Основные группы мышц и их характеристика.
9. Закономерности последовательного или параллельного включения пяти основных групп мышц.
10. Отрицательное влияние на организм человека длительного удержания определенного положения, характеристика длительного удержания позы стоя и позы сидя.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Васильева, Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева. – Иваново: МИК, 1996. – 112 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 12
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-6. ТЕМА 6.1. Адаптивная физическая культура – неспецифический, патогенетический и функциональный метод коррекции и профилактики патологических состояний

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Особенности адаптивной физической культуры как терапевтического метода.
2. Неспецифическое действие физических упражнений на организм человека.
3. Принцип управляемости – основа функционального воздействия физических упражнений.
4. Сущность патогенетического действия физических упражнений при различных заболеваниях.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 13
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-6. ТЕМА 6.2. Физиологические основы корректирующего действия физической культуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Физиологическое и терапевтическое действие физических упражнений.
2. Сущность нейрогуморальной регуляции.
3. Роль адаптивной физической культуры в восстановлении нарушенных функций организма, возникших при инвалидизации.
4. Основные механизмы корректирующего действия физических упражнений.
5. Тонизирующее действие физических упражнений на центральную нервную систему, моторно-висцеральные рефлексы, обмен веществ.
6. Трофическое, нормализующее действие физических упражнений на организм больного человека.
7. Сущность механизма компенсации функции.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 14
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-7. ТЕМА 7.1. Понятие о двигательном стереотипе

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие и двигательный стереотип.
2. Уровни построения движения.
3. Уровень А.
4. Уровень Б.
5. Уровень С.
6. Высшие кортикальные уровни.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева, Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева. – Иваново: МИК, 1996. – 112 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
3. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник /Под общ. ред. проф. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 15
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-7. ТЕМА 7.2. Методика исследования двигательного стереотипа

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Функциональная патологии уровня А.
2. Изменение силы, тонуса мышц, наличие локальных уплотнений, укороченных мышц.
3. Методика исследования повышения и снижения функциональной активности мышц.
4. Функциональная патология уровня В.
5. Характеристика общей осанки – позы положения сидя и стоя (положения головы, шеи, плечевого пояса, грудной клетки, поясницы, тазового пояса, нижних конечностей в покое).
6. Визуальная диагностика миостатики, критерии.
7. Функциональная патология уровня С.
8. Методика оценки умения расслабляться по команде, умения напрягать отдельную мышцу или мышечную группу, имитации назначенных движений после показа.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева, Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева. – Иваново: МИК, 1996. – 112 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
3. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник /Под общ. ред. проф. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 16
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-8. ТЕМА 8.1. Тренировка положения тела стоя на обеих ногах

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика оптимального стереотипа «положение стоя на обеих ногах».
2. Типичные ошибки положения стоя на обеих ногах.
3. Коррекция нарушений мышечной регуляции в положении стоя на обеих ногах.
4. Тренировка положения стоя у стены.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева, Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева. – Иваново: МИК, 1996. – 112 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 17
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-9. ТЕМА 9.1. Теоретические концепции обучения и совершенствования двигательных действий в адаптивной физической культуре

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Главные требования к процессу обучения двигательным действиям в адаптивной физической культуре.
2. Понятия «ошибка» и «допустимые отклонения».
3. Основные теоретические концепции «безошибочного» обучения: теория формирования действий и понятий; теория формирования образа в системе психической регуляции деятельности, теория «чистого перцептивного обучения» при освоении исполнительской деятельности; концепция «искусственная управляющая среда»; теория и методика формирования двигательных действий с заданным результатом; средства и методы обучения, основанные на принудительном воздействии на звенья тела человека.
4. Сходства и различия процессов обучения двигательным действиям в различных видах адаптивной физической культуры (адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация, физическая реабилитация).

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
2. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 18
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-9. ТЕМА 9.4. Физическая помощь и страховка при обучении двигательным действиям

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятия «физическая помощь», «страховка».
2. Роль физической помощи и страховки при освоении двигательных действий лицами, имеющими сенсорные, двигательные, интеллектуальные нарушения.
3. Классификация видов физической помощи.
4. Использование физической помощи и страховки (в том числе с помощью тренажеров и технических средств) в процессе освоения двигательных действий с учетом конкретного дефекта (двигательного, сенсорного, интеллектуального) у занимающихся.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
2. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 19
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(3 семестр)

М-10. ТЕМА 10.1. Основные закономерности развития двигательных способностей

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Особенности сенситивных периодов у детей с нарушениями в развитии.
2. Влияние нарушенного хода развития на физическое и функциональное состояние детей.
3. Значение своевременного выявления отстающих в развитии двигательных способностей.
4. Педагогические приемы, повышающие эффективность коррекционного воздействия на двигательные способности.
5. Специфика развития двигательных способностей у детей с нарушениями развития (особенности применения средств и методов).
6. Комплексная коррекция координационных способностей – специфическая задача адаптивной физической культуры.
7. Влияние тяжести и структуры основного дефекта на уровень построения движений.
8. Оптимальное управление процессом формирования (обучения) и совершенствования двигательных действий.
9. Современные методики обучения людей с нарушениями в развитии двигательным действиям.
10. Роль тренажеров и технических приспособлений в обучении двигательным действиям людей с нарушенным развитием.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
2. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 20
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(3 семестр)

М-10. ТЕМА 10.2. Физическая нагрузка как структурная основа развития и совершенствования двигательных способностей

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «физическая нагрузка».
2. Подбор физической нагрузки в зависимости от возраста, пола и уровня физической подготовленности.
3. Понятие оптимального чередования нагрузки и отдыха.
4. Понятие «рассеивание» физической нагрузки.
5. Способы дозирования физической нагрузки.
6. Влияние физической нагрузки на развитие и совершенствование физических способностей у разных категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья: с нарушениями слуха, зрения, разными формами двигательных нарушений, интеллектуальной недостаточностью, соматическими (висцеральными) нарушениями.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
2. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 21
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(3 семестр)

М-10. ТЕМА 10.8. Направленное развитие координационных способностей в адаптивной физической культуре

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика понятия «координационные способности».
2. Особенности развития координационных способностей в адаптивной физической культуре.
3. Средства и методы развития координационных способностей.
4. Подбор упражнений с движением в разных плоскостях, с разным темпом, характером и т.д.
5. Тренировка вестибулярного аппарата.
6. Подбор упражнений с учетом особенностей возрастного развития и физического состояния человека.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
2. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 22
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(3 семестр)

М-10. ТЕМА 10.9. Общая и специальная тренировка в адаптивной физической культуре

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Клинико-физиологическое обоснование применения упражнений на растягивание, расслабление, корригирующих упражнений, идеосенсорных, идеомоторных, рефлекторных упражнений в адаптивной физической культуре.
2. Клинико-физиологическое обоснование применения упражнений на тренировку вестибулярного аппарата, упражнений на координацию движений, динамических и статических дыхательных упражнений в адаптивной физической культуре.
3. Особенности методики применения данных упражнений с целью специальной тренировки в различные возрастные периоды, в зависимости от нозологической формы заболевания, периода применения АФК.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
2. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 23
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.1. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре.
Цели, задачи

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Определение понятия врачебного контроля.
2. Взаимосвязь развития адаптивной физической культуры и совершенствования системы врачебного контроля.
3. Цель, задачи, основные направления, средства и методы врачебного контроля.
4. Необходимость проведения функционального контроля с целью объективной оценки состояния инвалида, обоснования выбора двигательного режима и допустимых физических нагрузок.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло – М.: Советский спорт, 2008. – 256 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 24
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.3. Методы изучения физического развития инвалидов различных категорий

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «физическое развитие».
2. Значение многократных исследований физического развития в процессе занятий адаптивной физической культурой и спортом.
3. Методы изучения физического развития инвалидов: соматоскопия, антропометрические стандарты, метод индексов, метод корреляции.
4. Особенности их применения при проведении врачебного контроля в адаптивной физической культуре.
5. Выбор метода в зависимости от категории инвалида.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло – М.: Советский спорт, 2008. – 256 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 25
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.9. Функциональное обследование инвалидов в адаптивной физической культуре

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Цель и задачи функционального исследования.
2. Значение функционального исследования различных систем инвалидов в адаптивной физической культуре.
3. Характеристика методов функциональных исследований, применяемых в адаптивной физической культуре.
4. Факторы, определяющие выбор метода исследования в адаптивной физической культуре.
5. Противопоказания для проведения функциональных проб.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло – М.: Советский спорт, 2008. – 256 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 26
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.10. Функциональное обследование различных систем организма инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Методы исследования сердечно-сосудистой системы.
2. Основные показатели деятельности и пробы при исследовании уровня функционального состояния сердечно-сосудистой системы, их значение.
3. Методы исследования дыхательной системы.
4. Основные показатели деятельности и пробы при исследовании уровня функционального системы внешнего дыхания, их значение.
5. Методы исследования нервной системы и сенсорных анализаторов.
6. Основные показатели деятельности и пробы при исследовании уровня функционального состояния нервной системы и сенсорных анализаторов, их значение.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло – М.: Советский спорт, 2008. – 256 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 27
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.11. Особенности врачебного контроля инвалидов различных категорий

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Цель и задачи врачебного контроля у инвалидов различных категорий при занятиях адаптивной физической культурой.
2. Оценка состояния функциональных систем организма с использованием нагрузочных тестов.
3. Дифференцированный подход к выбору методик функциональных исследований у лиц с нарушениями деятельности различных органов и систем.
4. Особенности применения функциональных проб при обследовании инвалидов с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата и интеллекта.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло – М.: Советский спорт, 2008. – 256 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 28
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(5 семестр)

М-12. ТЕМА 12.1. Виды научных работ. Формы их представления

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Основные виды научных и методических работ и их характеристики – рефераты, контрольные работы, курсовые работы, дипломные работы.
2. Основные виды научных и методических работ и их характеристики – диссертации, монографии, книги научные и научно-популярные, научные статьи, тезисы, программы.
3. Основные виды научных и методических работ и их характеристики – учебники, учебные пособия, методические рекомендации.
4. Основные виды научных и методических работ и их характеристики – электронное издание.
5. Основные формы научной и методической работы – устные сообщения, письменные работы и опубликованные в печати.
6. Требования к их оформлению.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Железняк, Ю.Д. Основы научно-методической деятельности в физической культуре и спорте / Ю.Д. Железняк, П.К. Петров. – М.: Academia, 2008. – 272 с.
2. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Академия, 2003. – 480 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 29
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(5 семестр)

М-12. ТЕМА 12.2. Структура и содержание дипломной работы

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Структура и содержание дипломной работы
2. Структура дипломной работы.
3. Оформление иллюстративного материала, таблиц, необходимых для лучшего восприятия материала дипломной работы.
4. Организация педагогического исследования.
5. Обработка материалов научной и методической деятельности
6. Подготовка и проведение исследовательской части работы.
7. Выбор базы для проведения исследования, определение сроков исследования, контингента исследуемых лиц с учетом возраста, пола, формы инвалидности, уровня физического развития и подготовленности.
8. Составление графика работы с исследуемой группой лиц.
9. Методы качественного и количественного анализа, используемые для оценки результатов педагогического воздействия.
10. Математико-статистическая обработка материалов научной и методической деятельности.
11. Основные методы измерительных шкал.
12. Способы вычисления достоверности различий между двумя независимыми результатами.
13. Определение меры связи между явлениями.
14. Использование информационных технологий в процессе оценки и обработки результатов исследований.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Железняк, Ю.Д. Основы научно-методической деятельности в физической культуре и спорте / Ю.Д. Железняк, П.К. Петров. – М.: Academia, 2008. – 272 с.
2. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Академия, 2003. – 480 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 30
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(5 семестр)

М-13. ТЕМА 13.1. Классификация средств для оснащения сооружений оздоровительного назначения при работе с инвалидами

Время: 4 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Взаимосвязь развития физической культуры и спорта инвалидов и совершенствования материально-технического обеспечения.
2. Группы и подгруппы средств, используемых для оснащения сооружений спортивного, физкультурного назначения с целью обеспечения доступности проведения в них спортивно-оздоровительной работы с инвалидами.
3. Краткая характеристика группы и подгруппы средств для оснащения сооружений спортивного, физкультурного назначения.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Евсеев, С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: учеб. пособие / С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло, В.Г. Сусяев. Под ред. проф. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2000. – 152 с.
2. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло – М.: Советский спорт, 2008. – 256 с.
3. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 31
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(5 семестр)

М-13. ТЕМА 13.2. Тренажеры, их классификация. Способы воздействия тренажеров на спортсменов-инвалидов

Время: 4 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Определение понятия «тренажер».
2. Классификация тренажеров.
3. Задачи, решаемые с помощью тренажеров при занятиях адаптивной физической культурой.
4. Факторы, обуславливающие эффективность процесса обучения работе на тренажерах.
5. Способы, обеспечивающие энергосиловые взаимодействия технических устройств инвалидом, в том числе спортсменом-инвалидом.
6. Способы, реализующие поток информации, поступающей к занимающемуся по каналу прямой связи.
7. Воздействие тренажеров на занимающихся.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Евсеев, С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: учеб. пособие / С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло, В.Г. Сусяев. Под ред. проф. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2000. – 152 с.
2. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло – М.: Советский спорт, 2008. – 256 с.
3. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 32
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-14. ТЕМА 14.1. Особенности жизнедеятельности лиц с ограниченными возможностями здоровья и роль адаптивной физической культуры в их оздоровлении

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Особенности образа жизни людей с ограниченными возможностями здоровья.
2. Режим жизни инвалидов различных категорий.
3. Основные принципы оздоровительного воздействия физических нагрузок на организм инвалида.
4. Влияние адаптивной физической культуры на обретение социальной, бытовой и психологической независимости инвалидов.
5. Актуальные аспекты физкультурно-оздоровительной и спортивной работы с контингентом инвалидов и лиц, нуждающихся в физической реабилитации.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 33
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-14. ТЕМА 14.3. Основные принципы рационального питания при занятиях адаптивной физической культурой

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Основные положения теории рационального сбалансированного питания лиц с ограниченными возможностями здоровья.
2. Особенности питания лиц, занимающихся адаптивной физической культурой.
3. Гигиенические требования к качественному составу продуктов питания.
4. Диетотерапия и витаминная обеспеченность организма инвалидов, «модные» диеты.
5. Использование продуктов и пищевых веществ повышенной биологической ценности в спортивной практике людей с ограниченными возможностями физического здоровья.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 34
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-14. ТЕМА 14.5. Гигиена спортивных сооружений для инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Гигиенические требования к строительству и эксплуатации спортивных сооружений для лиц с ограниченными возможностями здоровья.
2. Классификация спортивных сооружений.
3. Санитарно-гигиенические требования к физкультурно-оздоровительным сооружениям (спортзалы, катки, бассейны, лыжные и гребные базы, тир и др.).
4. Гигиеническое значение и нормативы гигиенических требований к показателям микроклимата, освещенности и воздухообмена крытых спортивных сооружений для оздоровления и реабилитации инвалидов при занятиях адаптивной физической культурой.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 35
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-15. ТЕМА 15.1. Цель, задачи, функции и принципы адаптивного физического воспитания

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Цель и задачи адаптивного физического воспитания (АФВ) (общие: образовательная, развивающая, воспитательная; и специальные: коррекционная, компенсаторная, профилактическая).
2. Классификация и характеристика функций АФВ: образовательная, развивающая, воспитательная, коррекционная, компенсаторная и профилактическая.
3. Классификация и характеристика принципов АФВ: общеметодических (научности, сознательности и активности, наглядности, доступности, систематичности и прочности) и специально-методических (диагностирования, коррекционно-развивающей, компенсаторной и профилактической направленности).

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 36
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-15. ТЕМА 15.2. Нормативно-правовые основы адаптивного физического воспитания

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Закон «О специальном образовании» – как основной нормативный документ, регламентирующий деятельность учреждений, осуществляющих воспитание и образование детей с нарушениями в развитии.
2. Значение Законов Республики Беларусь «Об образовании», «О физической культуре и спорте», «О социальной защите инвалидов», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» для развития АФВ.
3. Характеристика содержания документа «О специфике деятельности (коррекционных) образовательных учреждений I-VIII видов»,
4. Характеристика содержания документа «Типовое положение об образовательном учреждении дополнительного образования детей».

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 37
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-15. ТЕМА 15.3. Педагогический контроль на занятиях по адаптивному физическому воспитанию в дошкольных и средних учебных заведениях

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие общей и моторной плотности занятия АФВ.
2. Построение и оценка физиологической кривой пульса.
3. Тесты для определения уровня развития двигательных способностей (выносливости, гибкости, скоростных и силовых способностей) у детей с нарушениями слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и имеющих висцеральные нарушения.
4. Оценка основных двигательных навыков у занимающихся АФВ.
5. Методика проведения тестов.
6. Оценка и анализ результатов, их использование при организации проведения АФВ.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 38
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-15. ТЕМА 15.4. Врачебный контроль на занятиях по адаптивному физическому воспитанию в дошкольных и средних учебных заведениях

Время: 4 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Организация диспансерного наблюдения лиц с особенностями психофизического развития (ОПФР) и детей-инвалидов.
2. Необходимые данные анамнеза жизни и заболевания для организации занятий АФВ у лиц с ОПФР и детей-инвалидов.
3. Методы изучения физического развития.
4. Особенности измерения линейных показателей, объема движений в суставах, мышечной силы.
5. Методы оценки физического развития у лиц с ОПФР и детей-инвалидов.
6. Особенности изучения функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем у детей с нарушениями слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и имеющих висцеральные нарушения.
7. Оценка и анализ результатов.
8. Организация самоконтроля.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 39
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.1. Средства и формы адаптивного физического воспитания

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Физическое упражнение – основное средство АФВ.
2. Классификация средств.
3. Особенности их подбора в зависимости от имеющегося основного дефекта.
4. Основные противопоказания использования средств АФВ в зависимости от имеющегося нарушения (слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и висцеральных нарушений).
5. Формы АФВ: урочные и неурочные.
6. Классификация и структура занятий урочного типа.
7. Классификация занятий неурочного типа: утренняя гимнастика, вводная гимнастика, физкультурные паузы и «минутки», спортивные развлечения (игры, катания на коньках, велосипедах и т.п.), прогулки, туристские походы, соревнования.
8. Структура занятий неурочного типа.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.
3. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 40
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.2. Содержание программ по адаптивному физическому воспитанию для занимающихся дошкольного возраста с различными особенностями психофизического развития

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика содержания разделов «Физическое воспитание» и «Физическое развитие и воспитание»
2. Характеристика «Программы воспитания и образования детей с нарушениями зрения».
3. Характеристика «Программы воспитания и образования детей с нарушением слуха для специальных дошкольных заведений».
4. Характеристика «Программы воспитания и образования детей с тяжелыми нарушениями речи».

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.
3. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 41
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.3. Содержание программ по адаптивному физическому воспитанию для занимающихся школьного возраста с различными особенностями психофизического развития

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика содержания разделов АФВ «Сборника программ для центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» для 1-4 и 5-9 классов.
2. Базовый и вариативный компоненты программы по АФВ для занимающихся в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, их характеристика.
3. Примерное распределение часов, содержание теоретического и практического разделов базового и вариативного компонентов программы.
4. Средства по годам обучения с учетом показаний, ограничений и противопоказаний к применению физических упражнений, обусловленных состоянием здоровья занимающихся.
5. Требования к знаниям, умениям и навыкам учащихся, декларируемые базовым и вариативным компонентами программы по адаптивному физическому воспитанию.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
2. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
3. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 42
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.5. Методика занятий по адаптивному физическому воспитанию у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика детей с нарушениями слуха (основной дефект и вторичные отклонения).
2. Цель на занятиях по АФВ у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях.
3. Задачи теоретического и практического разделов программы по АФВ у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях.
4. Особенности развития двигательных способностей и формирования двигательных умений и навыков у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях.
5. Схема построения занятия по АФВ у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях, ее особенности в от возраста.
6. Подготовительный и основной периоды в учебно-воспитательном процессе по АФВ.
7. Особенности дозирования физической нагрузки и организация контроля ее переносимости на занятиях по АФВ.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
2. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
3. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 43
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.6. Методика занятий по адаптивному физическому воспитанию у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика детей с нарушениями зрения (основной дефект и вторичные отклонения).
2. Цель на занятиях по АФВ у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях.
3. Задачи теоретического и практического разделов программы по АФВ у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях.
4. Особенности развития двигательных способностей и формирования двигательных умений и навыков у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях.
5. Схема построения занятия (урока) по АФВ у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях, ее принципиальные особенности в зависимости от возраста.
6. Подготовительный и основной периоды в учебно-воспитательном процессе по АФВ.
7. Особенности дозирования физической нагрузки и организация контроля ее переносимости на занятиях по АФВ.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
2. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
3. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 44
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.7. Методика занятий по адаптивному физическому воспитанию у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика детей с нарушением интеллекта (основной дефект и вторичные отклонения).
2. Цель на занятиях по АФВ у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях.
3. Задачи теоретического и практического разделов программы по АФВ у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях.
4. Особенности развития двигательных способностей и формирования двигательных умений и навыков у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях.
5. Схема построения занятия (урока) по АФВ у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях, ее принципиальные особенности в зависимости от возраста.
6. Подготовительный и основной периоды в учебно-воспитательном процессе по АФВ.
7. Особенности дозирования физической нагрузки и организация контроля ее переносимости на занятиях по АФВ.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
2. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
3. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 45
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.1. Адаптивная двигательная рекреация и туризм. Цель, задачи, функции

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятия: «рекреация», «рекреационная деятельность», «рекреационные потребности», «туризм», «турист», «туристско-рекреационные ресурсы», «адаптивная двигательная рекреация» и другие.
2. Актуальность, цели, задачи адаптивной двигательной рекреации.
3. Виды рекреации и рекреационной деятельности.
4. Функции адаптивной двигательной рекреации: оздоровительная, гедонистическая, развлекательная, интеграционная и др.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 46
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.2. Природные рекреационные ресурсы и их использование в сфере адаптивной двигательной рекреации и туризма

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Основные составляющие туристско-рекреационных ресурсов.
2. Природные рекреационные ресурсы (ландшафты, биоклимат, природные лечебные ресурсы), историко-культурный потенциал, туристская инфраструктура, рекреационная сеть, трудовые ресурсы.
3. Роль рекреационных ресурсов в развитии туристской индустрии для лиц с ограниченными возможностями здоровья.
4. Степень изученности, принципы оценки, условия эксплуатации и охраны туристско-рекреационных ресурсов.
5. Возможности и особенности использования рельефа местности, водных объектов для лечебно-оздоровительного отдыха и туризма лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, интеллекта.
6. Значение растительного покрова как рекреационного ресурса.
7. Понятие об антропогенной рекреационной нагрузке на природные комплексы.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 47
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.3. Особо охраняемые природные территории. Биоклимат и природные лечебные ресурсы

Время: 4 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Виды особо охраняемых природных территорий (заповедники, национальные парки, заказники, памятники природы) и разрешенная в них рекреационная деятельность.
2. Крупнейшие биосферные заповедники и национальные парки мира.
3. Основные особо охраняемые природные территории Республики Беларусь.
4. Экологический туризм.
5. Возможности и особенности рекреационной деятельности и экологического туризма лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, интеллекта.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 48
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.4. Курортология и адаптивная рекреация. Типы лечебно-профилактических учреждений на курорте

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Определение понятия «курорт».
2. Санатории, профилактории, пансионаты с лечением, водогрязелечебницы и др.
3. Основные показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения инвалидов.
4. Основные курорты Республики Беларусь.
5. Климатолечение и климатопрофилактика.
6. Климатические процедуры: аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия.
7. Использование минеральных вод в санаторно-курортной практике.
8. Бальнеотерапия.
9. Грязелечение.
10. Фитотерапия.
11. Спелеотерапия.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 49
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.5. Адаптивная двигательная рекреация в условиях оздоровительных и туристических учреждений

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Дома отдыха, пансионаты, турбазы, тургостиницы, круизные теплоходы, кемпинги, альпийские лагеря, детские оздоровительные и спортивные лагеря и др.
2. Специализированные учреждения реабилитации инвалидов.
3. Специализированные детские учреждения.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 50
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.6. Историко-культурный потенциал и его использование в туристской деятельности инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятия: «историко-культурный потенциал», «культурное наследие».
2. Памятники археологии: курганы, селища, городища, наскальные рисунки, музейные экспозиции.
3. Исторические города.
4. Памятники культовой архитектуры различных конфессий: центры православной, католической, мусульманской, буддистской и других культур.
5. Памятники светской и промышленной архитектуры.
6. Мемориальные комплексы и сооружения.
7. Этнографические комплексы и народные промыслы.
8. Использование народных промыслов и ремесел в производстве сувениров.
9. Научные музеи, уникальные технические сооружения и их использование для целей познавательного и научного туризма.
10. Особенности организации экскурсионной и туристской деятельности лиц с ограниченными возможностями здоровья.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 51
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.7. Общая характеристика основных составляющих туристской инфраструктуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «туристская инфраструктура».
2. Значение инфраструктуры как туристско-рекреационного ресурса.
3. Музеи, концертные и выставочные залы, библиотеки, театры, клубы, центры досуга, спортивные сооружения и др.
4. Транспортная обеспеченность.
5. Ресторанно-гостиничная сеть.
6. Торговля и бытовое обслуживание.
7. Телекоммуникационное обеспечение.
8. Система тепловодоэнергообеспечения.
9. Основные требования к туристской инфраструктуре.
10. Особенности архитектурно-планировочной организации сооружений для инвалидов: требования к участку; планировочные решения зданий; кооперирование основных помещений и сооружений спортивного назначения.
11. Основные элементы среды, зданий и сооружений.
12. Здания и сооружения спортивного назначения для инвалидов: детские физкультурно-игровые сооружения; залы для физкультурно-оздоровительных занятий, бассейны, открытые плоскостные сооружения.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 52
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.8. Адаптивная двигательная рекреация по месту жительства инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Гимнастика, плавание, коррекционно-развивающие игры, нетрадиционные оздоровительные технологии в адаптивной физической культуре.
2. Туризм как метод реабилитации и оздоровления лиц с ограниченными возможностями.
3. Организационные основы рекреационной и туристской деятельности инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья по месту жительства (в физкультурно-оздоровительных центрах, клубах по спортивным интересам и других учреждениях).
4. Показания и противопоказания для занятий рекреационной и туристской деятельностью лиц с поражениями опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, интеллекта.
5. Основы врачебного, педагогического контроля и самоконтроля в процессе рекреационной и туристской деятельности инвалидов.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 53
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-18. ТЕМА 18.1. Методы обучения самообслуживанию и хозяйственно-бытовому труду

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «социально-бытовая адаптация».
2. Организационные основы хозяйственно-бытового труда.
3. Методика обучения восстановления навыка письма.
4. Методика обучения самостоятельной гигиене.
5. Методика обучения одевания, раздевания.
6. Методика обучения пользования бытовыми приборами.
7. Методика обучения самостоятельному приему пищи.
8. Методика обучения выполнения простейших видов домашних дел.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 54
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-18. ТЕМА 18.2. Методы обучения элементам социально-средовой адаптации

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «социально-средовая адаптация».
2. Организационные основы социально-средовой адаптации.
3. Методика обучения некоторым профессиональным навыкам.
4. Методика обучения проведения досуга и отдыха (оригами, лепка, мозаика и др.).
5. Методика обучения пользования компьютера.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 55
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-19. ТЕМА 19.1. Цель, задачи, функции, принципы, средства и методика креативных телесно-ориентированных практик

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Цель и задачи креативных телесно-ориентированных практик.
2. Функции (творческая, самовоспитания, развивающая, рекреативно-оздоровительная, ценностно-ориентационная, эстетическая, зрелищная, коммуникативная, гуманистическая), принципы (гуманистической направленности, приоритетной роли микросоциума, социализации, дифференциации и индивидуализации, учета возрастных особенностей, оптимальности и вариативности, профилактической направленности) креативных телесно-ориентированных практик у различных категорий инвалидов.
3. Средства и методики креативных телесно-ориентированных практик.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 56
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-19. ТЕМА 19.2. Цель, задачи, функции, принципы, средства и методика экстремальных видов двигательной активности

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Цель и задачи экстремальных видов двигательной активности.
2. Принципы интеграции, приоритетности микросоциума, социализации, компенсаторности, дифференциации и индивидуализации, учета возрастных особенностей экстремальных видов двигательной активности.
3. Особенности применения средств и методик экстремальных видов двигательной активности у различных категорий инвалидов.
4. Средства и методики экстремальных видов двигательной активности.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 57
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(8 семестр)

М-20. ТЕМА 20.1. Основы медицинской реабилитации

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Содержание медицинской реабилитации.
2. Современная концепция последствий болезни.
3. Классификация нарушений, номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.
4. Цель, задачи, принципы, структура системы медицинской реабилитации и абилитации.
5. Основные отличия реабилитации от лечения.
6. Технология медицинской реабилитации.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учеб. пособие / Н.Л. Литош. – М.: Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 58
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(8 семестр)

М-22. ТЕМА 22.1. Законодательная база Республики Беларусь по предупреждению инвалидности и социальной защите инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Основы правового положения инвалидов.
2. Виды социальной помощи инвалидам.
3. Обеспечение инвалидам условий для получения образования и профессиональной подготовки.
4. Трудоустройство инвалидов.
5. Условия труда и отдыха инвалидов.
6. Права и обязанности нанимателей, использующих труд инвалидов.
7. Экспертиза профессиональной пригодности инвалидов.
8. Нормативные документы, регламентирующие принципы и этапы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.
9. Типы реабилитационных учреждений.
10. Условия достижения реабилитационного эффекта.
11. Роль реабилитационного потенциала в предупреждении инвалидности.
12. Понятие безбарьерной среды для инвалидов.
13. Перспективы развития различных направлений деятельности работы реабилитационных служб.
14. Первичная, вторичная и третичная профилактика дефектов здоровья.
15. Предоставление льгот для различных категорий инвалидов.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 59
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(8 семестр)

М-23. ТЕМА 23.1. Адаптивный спорт в адаптивной физической культуре: понятия, цели, задачи, функции, методологические основы

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Адаптивный спорт как компонент адаптивной физической культуры.
2. Определение, сущность, направления.
3. Цель, содержание и задачи адаптивного спорта.
4. Функции адаптивного спорта (педагогические, социальные).
5. Связь адаптивного спорта с другими дисциплинами: теорией спорта, реабилитологией, специальной педагогикой, специальной психологией.
6. Проблемы адаптивного спорта в современном обществе и пути их решения.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: учеб. пособие / С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло, В.Г. Сусяев. Под ред. проф. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2000. – 152 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 60
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(8 семестр)

М-23. ТЕМА 23.16. Особенности адаптивно-спортивной тренировки инвалидов с различными нарушениями

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика основного дефекта, вторичных отклонений у инвалидов с различными нарушениями.
2. Особенности подбора упражнений.
3. Дозирование нагрузок в адаптивно-спортивной тренировке при различных видах патологии.
4. Нормативные требования и спортивные разряды.
5. Единая республиканская классификация.
6. Показания и противопоказания для занятий адаптивным спортом для лиц с различными нарушениями в состоянии здоровья.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: учеб. пособие / С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло, В.Г. Сусяев. Под ред. проф. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2000. – 152 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 1
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(1 семестр)

М-1. ТЕМА 1.1. Введение в специальность

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Адаптивная физическая культура – важнейший компонент в реабилитации и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.
2. Предмет, объект, цели, приоритетные задачи, содержание адаптивной физической культуры.
3. Определение основных понятий и терминов адаптивной физической культуры.
4. Виды адаптивной физической культуры, их возможности в обеспечении реализации биологических и социальных потребностей инвалидов и лиц с особенностями психофизического развития.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Адаптивная физическая культура – важнейший компонент в реабилитации и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В процессе развития культуры важнейшими составляющими стали виды деятельности, направленные на совершенствование человеком самого себя, на преобразование собственной природы. К ним относится физическая культура.

Физическая культура исторически складывалась из практических потребностей общества в подготовке подрастающих и взрослых поколений к труду и военному делу – важнейшим условиям человеческого существования.

Объектом познания и преобразования, субъектом самосовершенствования в адаптивной физической культуре являются не здоровые, а больные люди и инвалиды. Это требует приспособления к необычной категории занимающихся. Отсюда и название – «адаптивная физическая культура».

Адаптация – приспособление организма или отдельных его систем к окружающим условиям.

Инвалид – человек, имеющий нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и вызывающим необходимость его социальной защиты.

Адаптивная физическая культура – это вид физической культуры человека с отклонениями в состоянии здоровья (инвалида) и общества. Это дея-

тельность 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.

Абилитация – комплекс мероприятий, направленных на адаптацию к дефекту, имеющемуся с рождения, на укрепление здоровья, развитие способностей инвалида с целью его социальной интеграции.

Термин «**реабилитация**» происходит от латинского «*ability*» – способность, «*rehabilitatio*» – восстановление способности. В Энциклопедическом словаре медицинских терминов (1984) она определяется как «комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов».

Изменения в жизни общества нашей страны характеризуются осознанием реабилитации инвалидов как важной государственной задачи и усилением внимания к этой проблеме. В качестве цели реабилитации инвалида в обществе рассматривается социальная интеграция.

Социальная интеграция – это двусторонний процесс взаимного сближения социальных субъектов: инвалидов, стремящихся к включению в общество, и людей, которые должны создать благоприятные условия для такого включения.

Педагогическая интеграция – обучение детей и взрослых с различными дефектами в учреждениях общей системы образования.

2. Предмет, объект, цели, приоритетные задачи, содержание адаптивной физической культуры.

Огромна роль адаптивной физической культуры в решении задач социализации инвалидов, повышения качества их жизни. Для многих инвалидов адаптивная физическая культура является единственным способом приобрести новых друзей и получить возможность общения.

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

Достаточно вспомнить Тамерлана, Франклина Рузвельта, Алексея Маресьева, Валентина Дикуля, Святослава Федорова, чтобы убедиться в том, что инвалидность не может остановить людей волевых и целеустремленных. Началом этого пути должна стать адаптивная физическая культура.

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 (лиц с отклонениями в состоянии здоровья и (или) инвалидов).

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); воспитание свойств личности (воспитательные задачи); развитие физических качеств и способностей, совершенствование осанки и т.п. (оздоровительно-развивающие задачи).

Предметом профессиональной деятельности в адаптивной физической культуре является целенаправленное решение перечисленных задач в работе с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья.

Огромна роль адаптивной физической культуры в решении задач социализации инвалидов, повышения качества их жизни. Для многих инвалидов адаптивная физическая культура является единственным способом приобрести новых друзей и получить возможность общения.

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

Достаточно вспомнить Тамерлана, Франклина Рузвельта, Алексея Маресьева, Валентина Дикуля, Святослава Федорова, чтобы убедиться в том, что инвалидность не может остановить людей волевых и целеустремленных. Началом этого пути должна стать адаптивная физическая культура.

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 (лиц с отклонениями в состоянии здоровья и (или) инвалидов).

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); воспитание свойств личности (воспитательные задачи); развитие физических качеств и способностей, совершенствование осанки и т.п. (оздоровительно-развивающие задачи).

Предметом профессиональной деятельности в адаптивной физической культуре является целенаправленное решение перечисленных задач в работе с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья.

3. Определение основных понятий и терминов адаптивной физической культуры.

Для построения педагогического процесса необходимо знать состояние здоровья, физические, психические, личностные особенности людей данной категории, т.е. характеристику объекта педагогических воздействий.

Категория этих людей чрезвычайно разнообразна: по нозологии; по возрасту; по тяжести и структуре дефекта; по времени его возникновения и характеру протекания заболевания; медицинскому прогнозу; наличию сопутствующих заболеваний; по социальному статусу и другим признакам.

Патология, приведшая человека к инвалидности, сопровождается мало-подвижностью и гиподинамией с негативными последствиями: нарушение социальных связей, потеря экономической и бытовой независимости. Все это вызывает стойкий эмоциональный стресс. Инвалидность в зрелом возрасте сопровождается комплексами психической неполноценности, характеризуется тревогой, потерей уверенности в себе, пассивностью или наоборот – эгоцентризмом, агрессивностью, антисоциальными установками.

Для детей с отклонениями в развитии характерен дефицит потребностей в движении, игре, эмоциях, общении, что осложняет процесс обучения.

Аномальное развитие ребенка сопровождается ухудшением моторных функций, вторичными нарушениями в двигательной и психофизической сферах. От здоровых сверстников по уровню физического развития и физической подготовленности такие дети могут отставать в среднем на 1–3 года.

У детей с умственной отсталостью из-за необратимого поражения ЦНС психофизическое развитие протекает на дефектной основе. Недоразвитыми оказываются не только нервно-психические, но и соматические функции (желудочно-кишечный тракт, сердечнососудистая, костная, мышечная, эндокринная, сенсорные системы, речь, мышление, внимание, память и эмоции).

Потеря зрения у детей существенно изменяет их жизнедеятельность. Нарушение пространственных образов, чувственного познания мира, самоконтроля и саморегуляции сопровождается широким спектром сопутствующих заболеваний: 40% детей имеет минимальную мозговую дисфункцию, свыше 30% – соматические заболевания (пиелонефриты, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем), 80% детей страдают неврозами.

Среди вторичных нарушений типичными являются мышечная слабость, искривления позвоночника, деформации стопы, что негативно отражается на физической подготовленности, работоспособности, движениях ребенка. Нарушения осанки наблюдаются почти у 80% слепых и слабовидящих детей.

Потеря слуха у детей сопровождается в 62% случаев дисгармоничным физическим развитием, в 44% – дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие), в 80% – задержкой моторного развития. Сопутствующие заболевания наблюдаются у 70% глухих и слабослышащих детей. Наиболее распространенными являются заболевания дыхательной системы, нарушения интеллекта, вегетативно-соматические расстройства. Ограниченный поток внешней информации из-за поражения слуха искажает восприятие ее смысла, затрудняет общение, вызывая негативные эмоции и стрессовые переживания. Недостаточность слуха приводит к нарушениям развития речи, а часто к ее отсутствию, что ограничивает возможности мышления, отражается на особенностях поведения – замкнутость, нежелание вступать в контакт. Для двигательной сферы характерны нарушения координации движений, статического и динамического равновесия, пространственной ориентировки.

Дети с ДЦП имеют множественные двигательные расстройства: гипертонус мышц, контрактуры, нарушение координации движений, атрофию мышц, вызванные тяжелыми заболеваниями ЦНС. Помимо нарушений функций головного и спинного мозга возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах. Часто двигательные расстройства сопровождаются нарушениями зрения, вестибулярного аппарата, речи, психики и других функций. Различают три степени тяжести дефекта: легкую (свободно передвигаются), среднюю (нуждаются в помощи), тяжелую (зависят от окружающих). По степени сохранности интеллекта в данной категории детей у 60% – сохранен интеллект, у 30% – частичные отклонения, у 10% – грубые нарушения. В двигательной сфере характерны нарушения опороспособности, равновесия, ориентировки в пространстве, координации, моторики, согласованности дыхания и движения, несформированность локомоторных актов, низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость.

Ампутация конечностей ведет к нарушению двигательного стереотипа, функций опоры и ходьбы, координации движений. Следствием ампутации конечностей является уменьшение массы тела, сосудистого русла, заболевания опорно-двигательного аппарата, гипокинезия и стресс. Все это отрицательно влияет на процессы кровообращения, дыхания, пищеварения и других функций, создает объективные предпосылки отставания темпов физического и психического развития, снижения общей работоспособности. Выраженность изменений зависит от уровня ампутации конечности, характера оперативных вмешательств, возраста, индивидуальных особенностей инвалида.

Утрата конечности у детей (или врожденное недоразвитие) снижают их двигательные возможности, что ведет к вторичным деформациям и атрофии мышц. Протезирование целесообразно и успешно, если двигательная активность обеспечивает формирование мышечной моторики, соответствующей возрасту, так как для управления протезами конечности необходимо владеть

умениями отдельного сокращения мышц культи, дифференцирования мышечных усилий, точности движений. Эти умения определяются не только физическими возможностями, но и психофизиологическим состоянием ребенка.

Аномалии развития сопровождаются не только расстройствами моторики и координации, но и высших психических функций: речи, внимания, памяти и других, ограничивающих познавательную, коммуникативную, учебную, трудовую, двигательную деятельность.

4. Виды адаптивной физической культуры, их возможности в обеспечении реализации биологических и социальных потребностей инвалидов и лиц с особенностями психофизического развития.

Исходя из потребностей лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов, можно выделить следующие виды адаптивной физической культуры.

Адаптивное физическое воспитание (образование) – вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья в его подготовке к жизни, бытовой и трудовой деятельности; в формировании положительного отношения к адаптивной физической культуре.

В процессе занятий адаптивным физическим воспитанием у людей с ограниченным здоровьем формируется комплекс специальных знаний, двигательных умений и навыков; развиваются физические и психические качества; повышаются функциональные возможности организма; развиваются оставшиеся в наличии телесно-двигательные характеристики.

Основная цель адаптивного физического воспитания состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим силам и уверенности в них; готовности к выполнению физических нагрузок и потребности в систематических занятиях физическими упражнениями.

В адаптивном физическом воспитании, которое необходимо начинать с момента рождения ребенка или обнаружения патологии, первоочередное внимание уделяется задачам коррекции основного дефекта, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, выработке компенсаторных механизмов осуществления жизнедеятельности и профилактической работе. Здесь огромное значение приобретают межпредметные связи, когда осуществляется освоение двигательных действий и понятий, происходит умственное, нравственное, эстетическое, трудовое воспитание. Важен этот компонент адаптивной физической культуры и в случае приобретенной патологии или инвалидности, когда человеку приходится заново обучаться важным умениям и навыкам (ходьбе на протезах, пространственной ориентации в случае потери зрения и т.п.).

Адаптивный спорт – вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности личности в самоактуализации, реализации и сопоставлении своих способностей со способностями других людей; потребности в коммуникативной деятельности и в социализации.

При многих заболеваниях адаптивный спорт является единственной возможностью удовлетворения одной из главных потребностей человека – самоактуализации, т.к. профессионально-трудовая, общественно-политическая и другие виды деятельности оказываются недоступными. Вследствие этого цель адаптивного спорта заключается в формировании спортивной культуры инвалида, приобщении его к общественно-историческому опыту данной сферы, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных ценностей физической культуры.

Основу адаптивного спорта составляет соревновательная деятельность и целенаправленная подготовка к ней, достижение максимальных возможностей, совершенствование индивидуальной спортивной техники за счет сохраненных функций.

Содержание адаптивного спорта (как базового, так и высших достижений) направлено на формирование у инвалидов (особенно талантливой молодежи) высокого спортивного мастерства и достижения ими наивысших результатов в состязаниях с людьми, имеющими аналогичные проблемы со здоровьем.

Адаптивный спорт как социальное явление можно сравнить с лакмусовой бумажкой, позволяющей дать оценку реализуемой в обществе концепции отношения к инвалидам: действительно ли мы воспринимаем их как равных себе, имеющих право на самостоятельный выбор пути развития самореализации, или только декларируем это?

Адаптивный спорт развивается в рамках крупнейших международных паралимпийского, специального олимпийского и сур до-олимпийского движений.

Адаптивная двигательная рекреация – вид адаптивной физической культуры, позволяющий удовлетворить потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в отдыхе, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности.

Содержание адаптивной двигательной рекреации направлено на поддержание и восстановление физических сил, затраченных инвалидом во время деятельности (труд, учеба, спорт), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга, на оздоровление с удовольствием. Наибольший эффект от адаптивной двигательной рекреации следует ожидать при ее дополнении оздоровительными технологиями профилактической медицины.

В случае приобретенной инвалидности или тяжелого заболевания адаптивная двигательная рекреация может стать первым этапом преодоления стресса и приобщения к адаптивной физической культуре. Л.П.Матвеев (1983) данный вид физической культуры называет фоновым, дополнительно включая в него гигиеническую физическую культуру.

Адаптивная физическая реабилитация – вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребность инвалида в лечении, восстановлении у него временно утраченных функций, помимо тех, которые стали причиной инвалидности.

Цель адаптивной физической реабилитации заключается в формировании адекватных психических реакций инвалида на заболевание, ориентации на использование естественных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма; в обучении умениям использовать комплексы физических упражнений, приемы массажа и самомассажа, закаливающие процедуры и другие средства.

Креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры – вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в творческом саморазвитии, самовыражении своей сущности через движение, танцы, музыку, образ, другие средства искусства.

Творческий аспект присутствует во всех видах адаптивной физической культуры, но здесь он является главной целью, сущностью. В креативных телесно-ориентированных практиках единение духовного и телесного начал человека является обязательным, неизменным атрибутом деятельности, без которого она не может существовать. Фрагменты, элементы и хорошо оформленные системы креативных телесно-ориентированных практик используются в сказкотерапии, игротерапии, ритмопластике, пластической гимнастике, системе психосоматической саморегуляции, ментального тренинга, нейролингвистического программирования, в лечебной релаксационной пластике, в телесно-ориентированной психотехнике актера, психогимнастике и др.

Экстремальные виды двигательной активности – в адаптивной физической культуре удовлетворяют потребности лиц с отклонениями в состоянии здоровья в риске, повышенном напряжении, потребности испытать себя в необычных, экстремальных условиях, опасных для здоровья и даже для жизни.

Целью экстремальных видов двигательной активности является преодоление комплексов неполноценности; удовлетворение потребности в стрессах; профилактика депрессии; создание у инвалидов желания и ощущения полноценной жизни.

В основе таких потребностей лежат биологические предпосылки. Механизмы потребности к получению нового опыта, связанного с риском, угрозой для жизни, обусловлены нуждаемостью человека в активизации эндогенной опиятной системы, выполняющей функции профилактики депрессии.

Дельтапланеризм, парашютный и горнолыжный спорт, скалолазание, альпинизм, серфинг, различные виды прыжков и ныряния вызывают «острые» ощущения, связанные с состоянием свободного падения в воздухе, скоростным перемещением и вращением тела, резким ускорением. Они, в свою очередь, активизируют эндогенную опиятную систему, способствуют выработке эндорфинов – гормонов «счастья». Преодоление чувства страха приводит к повышению у человека чувства самоуважения, личностной самореализации, к ощущению принадлежности к элите.

Современные нейробиологические исследования показали, что существенной причиной формирования алкогольной и наркотической зависимостей является гипофункция эндогенной опиятной системы, следовательно,

можно переориентировать зависимых людей на экстремальные виды двигательной активности.

Перечисленные виды адаптивной физической культуры, с одной стороны, носят самостоятельный характер, с другой – они тесно взаимосвязаны. Так, в процессе адаптивного физического воспитания используются элементы лечебной физической культуры для коррекции и профилактики вторичных нарушений; рекреативные занятия – для развития, переключения, удовлетворения потребности в игровой деятельности. Многие спортсмены-инвалиды проходят путь от физической реабилитации в условиях стационара к рекреативно-оздоровительному спорту и спорту высших достижений.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие. – М.: Физкультура и спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 2

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-1. ТЕМА 1.2. Опорные концепции методологии адаптивной физической культуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Общебиологические закономерности жизнедеятельности человека: целостность организма, причинно-следственная связь, адаптация, компенсация.
2. Движение – основа жизнедеятельности.
3. Взаимосвязь биологического и социального, телесного и психического.
4. Адаптивная физическая культура как многосложное функциональное явление, оказывающее влияние на различные стороны жизни человека и общества.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Общебиологические закономерности жизнедеятельности человека: целостность организма, причинно-следственная связь, адаптация, компенсация.

Одной из дисциплин, имеющих мировоззренческое значение для формирования теории адаптивной физической культуры, является общая патология – наука о наиболее общих закономерностях патологических процессов, которые лежат в основе любой болезни независимо от вызвавшей ее причины, индивидуальных особенностей организма, окружающей среды, методов исследования. К основным категориям, отражающим объективные закономерности биологических процессов в организме человека, относятся следующие.

Целостность организма означает, что всякое заболевание это страдание всего организма, но целостность реакций проявляется в том, и это самое главное, что весь организм, все органы и системы мобилизуются на борьбу за выздоровление, включая защитные реакции и жизненные силы человека. Адаптивная физическая культура за счет рациональной двигательной деятельности активизирует природные ресурсы, сохраненные функции и духовные силы в борьбе с негативными проявлениями болезни.

Единство структуры и функции означает их неразрывную связь. Очень образно это единство сформулировал известный терапевт Василенко (1985): «... функция без структуры немислима, а структура без функции бессмысленна». В организме целесообразны для выживания структуры и

функции сложились в различные структурные и функциональные уровни жизнедеятельности: молекулярный, субклеточный, клеточный, органный, системный. Любой патологический процесс (потеря зрения, ампутация конечности, нервно-психическое заболевание) – это одновременно нарушение структуры и функции разных уровней организации. Глубокое понимание патологического процесса, анализ остаточного здоровья и состояния сохранных функций позволяют объективно оценить физические и психические возможности инвалида, выбрать индивидуальную стратегию двигательной активности. Мышечная деятельность формирует новое функциональное состояние, характеризующееся приспособлением к дефекту, компенсацией нарушенных функций, адаптацией вегетативных систем к физической нагрузке, улучшением деятельности сохранных функций. Положительные изменения – результат структурно-функциональной перестройки организма.

Реактивность организма – универсальное свойство отвечать на внешние и внутренние раздражения. Реактивность организма является основным механизмом в понимании патологических процессов, благодаря этому свойству определяется возникновение, течение и исход заболевания.

Индивидуальная реактивность организма обусловлена наследственными и приобретенными факторами. Она зависит от пола, возраста, окружающей среды: времени года, резкой смены погоды, условий трудовой и учебной деятельности, социальных и межличностных отношений. Физические упражнения для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями рассматриваются как стимулятор ответных реакций организма, что создает возможность управлять этим процессом, вызывая индивидуально заданные реакции на различные виды педагогических воздействий.

Причинно-следственная связь в биологии и медицине означает, что в жизнедеятельности человека нет ни одного процесса, который не был бы обусловлен причиной. Причинность – не отдельный фактор, а взаимодействие среды с организмом. Результатом взаимодействия является следствие, которое всегда находится внутри организма. Отражением причинно-следственной связи является этиология и патогенез; этиология трактует вопросы, касающиеся причин и условий возникновения болезни, патогенез изучает следствие того, что происходит после действия причины, т.е. развитие и механизмы патологического процесса. Одна причина может вызывать цепочку следствий, которые, возникнув, становятся причинами новых нарушений и являются вторичными, сопутствующими основной патологии.

Выявление природы, уровня организации механизма заболевания, нарушения внутри- и межфункциональных связей позволяет врачу поставить диагноз, педагогу – наметить путь коррекционной работы.

Адаптация организма – процесс приспособления к окружающей среде начинается с рождения человека и продолжается всю жизнь. Суть его состоит в том, что организм так меняет интенсивность, ритм и характер протекающих в нем процессов, что основные показатели внутренней среды, несмотря на

действие внешних факторов, стойко поддерживаются в рамках физиологических параметров. Адаптация – также результат достижения соответствия морфофункционального состояния организма тем условиям деятельности, которые создает для него среда.

В основе адаптации к физической работе лежат приспособительные реакции организма в ответ на изменяющиеся требования внутренней и внешней среды. В качестве адаптогена выступает физическая нагрузка, а ее структурной единицей является физическое упражнение. В результате систематических занятий физическими упражнениями увеличиваются физиологические возможности организма, формируется долговременная устойчивая адаптация, характеризующаяся активизацией и мобилизацией функциональных резервов, интенсивностью протекания структурных и функциональных преобразований в органах и тканях, стабильностью взаимодействия регуляторных и исполнительных органов.

Знания о закономерностях адаптационных процессов организма имеют стратегическое значение для понимания биологической сущности адаптивной физической культуры. Однако нерешенными остаются такие теоретические и прикладные проблемы, как управление долговременной адаптацией организма инвалидов разных нозологических групп в процессе физического воспитания, рекреативно-оздоровительных и спортивных занятий, нормирование физической нагрузки, тактика адаптации к действиям нескольких факторов среды, обеспечение сложных форм социальной адаптации организма к действию экстремальных стрессовых ситуаций, количественная оценка процесса адаптации, и др.

Компенсация – одна из важнейших адаптационных реакций организма на повреждения, выражающаяся в том, что органы и системы, не пострадавшие от действия повреждающего агента, берут на себя функцию разрушенных структур путем заместительной гиперфункции или качественных изменений функции. Например, при ампутации правой руки человек немедленно начинает использовать левую руку для выполнения функции отсутствующей конечности. Эта срочная компенсация важна в экстремальных ситуациях, но является заведомо несовершенной. В дальнейшем в результате обучения, образования новых структурно-закрепленных временных связей формируются навыки, обеспечивающие долговременную компенсацию. Аналогично компенсаторные процессы проходят при потере зрения, когда обостряется слух, и, наоборот, – при нарушении слуха компенсирующую функцию берет на себя зрение.

Такой механизм компенсации является общим для любых нозологических групп инвалидов и может быть использован в адаптивной физической культуре для реабилитации инвалидов на разных стадиях восстановления, при составлении тренировочных программ компенсации двигательных нарушений, обучения двигательным действиям и т.п.

2. Движение – основа жизнедеятельности.

Движение является естественной биологической потребностью человека. Эта потребность обусловлена законами растущего организма. Развитие, обретаемое в движении, касается не только двигательного аппарата, его мышц, связок и костей – движение способствует развитию всех областей головного мозга, влияет на развитие умственных способностей ребенка.

Сущность теоретического познания двигательной активности состоит, с одной стороны, в выявлении биологических закономерностей моторики человека в процессе возрастной эволюции, с другой – в поиске адекватных целенаправленных способов стимуляции развития двигательных функций, становления и совершенствования физического потенциала человека.

Глубочайший смысл двигательной активности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями состоит в понимании ими сути процесса физического совершенствования, который должен сопровождать человека всю жизнь, формируя в нем устойчивую мотивацию, потребность в движении в любых доступных формах, осознания отношения к своему телу и здоровью как личной и социальной ценности.

Таким образом, привлечение в качестве опорных концепций философско-медицинских категорий, раскрывающих общие закономерности функционирования организма с патологическими нарушениями, культурологической концепции взаимосвязи биологического и социального, телесного и духовного в жизнедеятельности человека, концепций гуманистической психологии и специальной педагогики – признания человека как целостной сущности и уникальной личности, способной к духовному совершенству и творчеству, социализации и интеграции в общество, теории самовоспитания личности – отражает сущностные стороны и гуманистическую направленность образовательной деятельности и является фундаментом методологии теории адаптивной физической культуры.

3. Взаимосвязь биологического и социального, телесного и психического.

Важнейшими, имеющими определяющее значение для людей с какими-либо нарушениями и для формирования теории адаптивной физической культуры, являются следующие опорные концепции:

- во-первых, утверждение человека как высшей ценности на земле независимо от здоровья; нет ничего дороже, чем жизнь человека, приоритета человека как высшей ценности образования и культуры;
- во-вторых, понимание человека как целостной неделимой сущности, в которой интегрируется биологическое и духовное, психосоматическое и социокультурное единство;
- в-третьих, признание человека как личности, уникальность которой определяется сплавом врожденных особенностей, влиянием среды обитания, в которой она формируется, своеобразием телесной и психической организации, темперамента, интеллектуального потенциала, потребностей, задатков, способностей;
- в-четвертых, признание личности как существа свободного,

одухотворенного, нравственного, природной основой которого является добро, чувство справедливости, сострадания, милосердия;

- в-пятых, способность личности к самопознанию, саморазвитию, самореализации и творчеству во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и в физической культуре.

Основы этого процесса лежат в сфере самовоспитания, суть которого прежде всего в преодолении самого себя и многообразных трудностей, обусловленных нарушениями тех или иных функций организма. Трудность – это субъективное ощущение реально существующих противоречий, которые, постепенно преодолеваясь, стимулируют интенсивное развитие личности. При переходе от одной ступени преодоления трудностей к другой реализуются потребности, стремления, ожидания, при этом развивается, закрепляется и нередко существенно меняется внутренняя позиция личности, побуждающая к новым мотивам. Для преодоления трудностей условно выделены две группы методов самовоспитания:

Первая группа: самосознание, самоощущение, самонаблюдение, самоанализ, самооценка – категории самовоспитания личности, отражающие объективное понимание причин и следствия сложившейся жизненной ситуации, целостную оценку самого себя, своих возможностей, анализ установок, ценностных ориентации, интересов, потребностей, мотивов, характера поведения, отношения к себе, другим людям и обществу в целом.

Вторая группа: самопобуждение, самопроектирование, самоконтроль, самообразование, самосовершенствование, самоорганизация, самоубеждение, самовнушение, самопринуждение – это непосредственные методы и приемы самовоспитания социальной активности личности, которые не регламентируются временем, потому что продолжают всю жизнь и включают:

- самостоятельное побуждение к выбору (овладению или продолжению) конкретной деятельности, самооценку собственных сил, интересов и потребностей;

- планирование и практическое освоение различных видов деятельности в сфере физической культуры, образования, профессиональной деятельности, личной жизни в соответствии с физическими и интеллектуальными возможностями, мировоззрением, ценностными ориентациями;

- волевые усилия в преодолении трудностей, самодисциплину, требования к себе, окружающим, определение круга общения, управление эмоциями, формирование стиля жизни, нравственного поведения;

- самоконтроль, коррекцию физического и психического состояния, критическую самооценку своих действий в реализации планов ступенек, установок, замыслов, анализ успехов и неудач.

4. Адаптивная физическая культура как многосложное функциональное явление, оказывающее влияние на различные стороны жизни человека и общества.

Теория АФК как интегративная дисциплина гармонично связана с теорией физической культуры как базовой дисциплиной, с ее новейшими макротенденциями развития, философией, культурологией, социологией, общей и специальной педагогикой, гуманистической психологией, валеологией, а также с дисциплинами медико-биологического цикла: анатомией, нормальной и патологической физиологией, общей и частной патологией, морфологией, генетикой и др. дисциплинами.

В связи с многообразием наук, изучающих человека в разных аспектах, необходимо выделить те опорные концепции, которые являются существенными для формирования личности человека с ограниченными возможностями, его духовного и физического развития, социализации и интеграции в общество.

Цель такого подхода – не собирание фактов из разных областей человеческих знаний, а определение соотносимости теорий, установление базисных, междисциплинарных взаимосвязей в интересах создания теории и методологии дисциплины, носящей полифункциональный характер.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие. – М.: Физкультура и спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 3

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-1. ТЕМА 1.3. Функции адаптивной физической культуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика важнейших педагогических функций: учебно-познавательной, развивающей, коррекционной, профессионально-подготовительной, воспитательной, компенсаторной, рекреативно-оздоровительной, соревновательной, оздоровительно-восстановительной, ценностно-ориентационной, творческой, лечебно-восстановительной, профилактической.
2. Социальные функции адаптивной физической культуры, характеризующие ее влияние на другие социальные явления и процессы окружающей жизни.
3. Характеристика важнейших социальных функций: социализирующей, коммуникативной, интегративной, гуманистической, зрелищной, эстетической, престижной.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Характеристика важнейших педагогических функций: учебно-познавательной, развивающей, коррекционной, профессионально-подготовительной, воспитательной, компенсаторной, рекреативно-оздоровительной, соревновательной, оздоровительно-восстановительной, ценностно-ориентационной, творческой, лечебно-восстановительной, профилактической.

АФК является ведущей для всех ее видов. Основанием для коррекции служат отклонения в состоянии здоровья. Как правило, коррекция двигательных нарушений в процессе многократного повторения упражнений оказывает и развивающее воздействие, а развивающая функция всегда носит индивидуальный характер, потому ее с полным правом можно назвать **коррекционно-развивающей**.

Для инвалидов в целях борьбы с негативными последствиями гиподинамии **профилактическая функция** заключается в целесообразности двигательной активности, а также гигиенических и природных факторов закаливания организма и внедрения их в повседневную жизнь.

Образовательная функция представляет часть образовательной деятельности человека, связанной с удовлетворением потребности в знаниях, умениях и навыках в области физической культуры. Это непрерывный процесс физического образования личности в течение всей жизни – в семье, в учебных заведениях, лечебных учреждениях, в процессе самообразования.

Образовательная функция представляет собой формирование знаний и двигательных умений на оптимальном для каждого человека уровне. Эта функция пронизывает все виды АФК, но особенно ярко она выражена в адаптивном физическом воспитании и адаптивном спорте.

Важной стороной учебно-познавательной деятельности детей является интеллектуализация этого процесса. Наиболее существенными выступают теоретические сведения: знания об элементарных движениях, их технике и влиянии на организм; о телосложении, частях тела; требованиях к осанке, дыханию, питанию, режиму дня, гигиене тела и одежды, закаливанию, значению движений в жизни человека и самостоятельных занятий физическими упражнениями.

Образовательная функция адаптивного спорта реализуется в тренировочной и соревновательной деятельности, познании собственных возможностей и в творческом освоении широкого диапазона специальных знаний.

Физическое развитие человека как естественный процесс изменения морфофункциональных свойств организма происходит независимо от воли человека и осуществляется по эволюционным законам возрастного развития. Общая закономерность развития моторики проявляется в ее неуклонном и положительном изменении в детские и юношеские годы и таком же неуклонном угасании в зрелом и пожилом возрасте. Период жизни до 20 лет является активным этапом формирования жизненно важных двигательных функций.

У детей с нарушениями развития несформированность и отставание двигательной сферы, несовершенство движений находятся в зависимости от тяжести основного дефекта. Нарушения физического развития и физической подготовленности являются закономерными для всех нозологических групп, поэтому **развивающая функция АФК** заключается в целенаправленном воздействии на развитие физических качеств. Их развитие происходит за счет перестройки и совершенствования регуляции физиологических функций, мобилизации резервных ресурсов, адаптации всех систем и функций организма к предлагаемым нагрузкам и проявления при этом волевых усилий.

Развивающая функция реализуется во всех видах АФК. Адаптивное физическое воспитание создает начальную базу для развития физических способностей и двигательных навыков, формируя предпосылки для их дальнейшего развития. Адаптивный спорт дает возможность испытать радость и полноту жизни от владения своим телом и способности преодолевать трудности.

На воспитание человека с ограниченными возможностями, как и на здорового, оказывают влияние среда, семья, педагоги, врачи, психологи, друзья, сверстники, природа, искусство, образование и т.д.

К **воспитательным функциям АФК** правомерно отнести лишь те, которые являются прямым результатом педагогической деятельности на занятиях физическими упражнениями.

Цель воспитания – всестороннее гармоничное развитие личности, раскрытие ее потенциальных возможностей при суженных сенсорных, моторных, интеллектуальных функциях. Исходная позиция воспитания по отношению к

данной категории людей – воспринимать их личностями, обладающими возможностями формировать себя, осознавать свое поведение, усваивать знания и строить жизнь в обществе.

Самовоспитание не автономный процесс. Направляющая роль принадлежит педагогу. Формы и степень педагогического руководства меняются в зависимости от меры созревания личности. Усиливая функции самовоспитания, педагог вовлекает в процесс занимающихся инвалидов, предоставляя им широкие возможности для проявления самостоятельности и инициативы, а затем полностью передает им свои функции.

Ценностно-ориентационная функция в АФК связана с освоением, совершенствованием, поддержанием, восстановлением, самореализацией физических и духовных сил человека. В этом единстве реализуются культурно-духовные потребности, формируются умения и навыки, способности, коммуникативные отношения, самоопределение в обществе. Приобщение к ценностям адаптивной физической культуры является залогом здоровья, жизнеспособности, формирования здорового образа жизни.

Ценностные ориентации, мотивы и потребности могут быть разными: укрепление здоровья, коррекция телосложения и физического развития, перспектива завести новые знакомства, уйти от одиночества и замкнутого жизненного пространства, получить определенный статус, добиться максимальных спортивных результатов, удовлетворить эмоциональные и эстетические потребности, приобрести знания и опыт для самостоятельных занятий.

Физкультурная деятельность направлена на реализацию этих потребностей и ценностных ориентации. Как в любой образовательной и культурной деятельности, в адаптивной физической культуре личность человека, его здоровье и телесно-духовное развитие являются высшими ценностями.

Лечебно-восстановительная функция является главной в физической реабилитации. Лечебное применение физических упражнений основывается на педагогических, психологических и физиологических закономерностях формирования движений и управления ими. Конечная цель – восстановление человека как личности и ускорение восстановительных процессов после травм, заболеваний, предотвращение или уменьшение инвалидизации.

В адаптивном спорте лечебно-восстановительные процедуры проводятся в случае микротравм во время или после тренировочных и соревновательных нагрузок высокой интенсивности и продолжительности.

Актуальность **профессионально-подготовительной функции** в том, что по окончании учебного заведения перед инвалидами встает проблема занятости, конкурентоспособности на рынке труда, удовлетворения потребности в деятельности, экономической независимости.

Формирование профессиональной ориентации детей с дефектами развития начинается с раннего возраста при участии большого количества специалистов. Часть ее является самостоятельным разделом адаптивного физического воспитания. То же касается людей, приобретших инвалидность и вынужденных менять специальность. Всю работу от составления программы до ее практической реализации осуществляет специалист физической культуры.

Его помощь состоит в максимальном улучшении общего физического состояния, в овладении необходимыми формами движений, подготовке к условиям труда, в развитии физических и психических качеств, необходимых в конкретной профессиональной деятельности.

Творческая функция состоит в раскрытии многогранных способностей людей с ограниченными возможностями в видах физкультурной деятельности.

В адаптивном спорте творчество проявляется в освоении индивидуальной спортивной техники и тактики, приспособленных к дефекту, в подготовке технических средств, поиске оптимальных величин нагрузки, эффективных способов лечебно-восстановительной и профилактической работы и др. с помощью специально подобранных физических упражнений. Наибольшее развитие творческая функция получает в креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практиках.

Для инвалидов разных нозологических групп выбираются такие формы креативных телесно-ориентированных практик физкультурно-оздоровительной работы, в которых они могут развить и продемонстрировать свои максимальные способности и фантазию, характер и личностные качества.

Рекреативно-оздоровительная функция реализуется как удовлетворение потребности в активном отдыхе, содержательном развлечении, как средство восстановления физических и духовных сил. Наиболее типичными формами физической рекреации являются занятия в быту и семье, учебной и трудовой деятельности, в сфере досуга и отдыха.

В семье, имеющей инвалида, закладывается начальный процесс гуманизации, укрепления семейных отношений. Поэтому так важны семейные и бытовые формы рекреации. К ним относятся утренняя гигиеническая гимнастика в сочетании с закаливанием и «домашним» плаванием, подвижные, коррекционные и развивающие игры в условиях «домашнего стадиона», индивидуальные программы саморазвития, самореабилитации по видео- и аудиотрансляции.

В учебной и трудовой деятельности двигательная рекреация носит организованный характер: вводная гимнастика, утренняя зарядка, профилактическая гимнастика, физкультминутки, игры на переменах; в перерывах после работы – подвижные игры, спортивные игры по упрощенным правилам, аэробика, плавание, релаксационная пластика, упражнения на тренажерах.

В условиях досуга двигательная рекреация представляет широкий арсенал физических упражнений и форм занятий. К основным средствам относятся: подвижные и спортивные игры, плавание, купание, катание на санках, лыжах, коньках, лодках, бег «трусцой», ориентирование на местности, прогулки и турпоходы, спортивные развлечения, танцы, аттракционы, забавы, викторины в сочетании с театральными представлениями, а также физкультурные праздники типа «Веселые старты», конкурсы, спартакиады, фестивали, дни здоровья, слеты, встречи со знаменитыми спортсменами и т. п.

В адаптивном спорте рекреативные занятия проводятся с целью восстановления сил, разгрузки и переключения спортсмена на другие виды деятельности, интересный досуг и общение.

Гедонистическая функция (от греч. «hedone» – наслаждение, удовольствие) – направление, возникшее в античности, утверждающее наслаждение высшим мотивом и целью человеческого поведения). Проявляется в видах двигательной деятельности, которые доставляют радость, ощущение счастья. Можно представить ребенка с ДЦП, едва передвигающегося по земле, и его ощущения верхом на лошади, свободно плавающим в бассейне или танцующим в коляске.

Люди с различными нарушениями острее переживают малейшие успехи в своих двигательных способностях. Они искренне выражают свои чувства, радуются возможности ходить, играть, соревноваться, общаться, побеждать. Задача специалиста АФК состоит в том, чтобы создать атмосферу психологического комфорта, доверия, доброжелательности, свободы, раскованности, дать возможность радоваться, получать удовольствие от физических упражнений.

Спортивная и соревновательная функция выражается в трех основных разновидностях адаптивного спорта: паралимпийское, специальное олимпийское и сурдоолимпийское движения.

Многолетний опыт отечественной и зарубежной практики в области спорта инвалидов свидетельствует о том, что тренировочный процесс и участие в соревнованиях являются действенными способами физической, психической, социальной адаптации инвалидов.

Практика показывает необходимость создания такой системы обучения, в которой удалось бы органически увязать специальное обучение с обучением людей с нормальным развитием. При всех достоинствах специальные учебные заведения отличаются тем недостатком, что замыкают воспитанника в узкий круг коллектива, создавая замкнутый мир, в котором все приспособлено к дефекту, фиксируя внимание на недостатке и не вводя человека в настоящую жизнь. Еще большую изоляцию от общества испытывают дети, воспитывающиеся в специальных детских домах и дети надомного обучения.

Выделяются два типа интеграции: интернальная и экстернальная. Интернальная – объединение внутри системы специального образования, экстернальная – предполагает взаимодействие специального и массового обучения.

Совместное обучение приносит пользу не только людям с проблемами развития, но и здоровым. У первых формируется положительное отношение к сверстникам, адекватное социальное поведение, более полная реализация обучения. У здоровых людей интеграция формирует чувства сострадания, терпимости, взаимопомощи к детям, к взрослым и пожилым людям со специальными нуждами, права которых ущемлены, что способствует пониманию и уважению прав любого человека.

Проблемы интегрированного обучения в меньшей степени затрагивают адаптивную физическую культуру, где совместные занятия слепых и слабовидящих, глухих и слабослышащих (интернальная интеграция), рекреативные

занятия людей разных нозологических групп с участием членов семей, совместный отдых в оздоровительных лагерях, проведение праздников, фестивалей, соревнований являются естественными формами двигательной активности и открывают большие возможности для реализации интегративной функции.

Адаптивная физическая культура и адаптивный спорт представляют собой уникальные формы интеграции, не существующие ни в одном виде деятельности инвалидов. Иллюстрацией служат крупные соревнования. На Паралимпийских Играх в Сиднее (2000) участвовало более 4000 спортсменов-инвалидов всех нозологических групп (кроме инвалидов по слуху) из 125 стран мира. Эталоном, ставшим ценностью для спортсменов разных стран, являются идеи Олимпизма, проповедующие стремление к совершенству, взаимопониманию и миру на земле. Высокие цели и идеалы, возможности общения, самопроявления и признания дают основание считать спорт высших достижений инвалидов важным средством социализации и интеграции личности в общество.

2. Социальные функции адаптивной физической культуры, характеризующие ее влияние на другие социальные явления и процессы окружающей жизни.

Идея гуманизма состоит в признании человека высшей ценностью во всей его телесной и духовной неповторимости. Гуманизация физкультурного образования выражается в формировании системы ценностей, реализуемых в здоровом стиле жизни.

Процесс социализации продолжается всю жизнь. Человек учится быть членом семьи, группы, класса, производственного коллектива, команды, общества. Занятия АФК в различных социально-демографических группах, на каждом возрастном этапе решают задачи социальной адаптации личности.

Особенно ярко социализация проявляется в адаптивном спорте, где на предельном уровне физических сил проявляются биологические, адаптационные, духовные возможности человека. В процессе соревновательной деятельности создаются такие социальные ценности, как победа, престиж, зрелище, сопереживание. Спорт инвалидов – это особый мир отношений и переживаний, который увлекает, сосредоточивает внимание на новых объектах, переключает психическую деятельность, создает разрядку, смену эмоций и настроения. С другой стороны, это активная творческая деятельность, где инвалиды, имея в движениях эстетические погрешности, стремятся к совершенству физических качеств, системы движений, создавая при этом свой индивидуальный стиль, неповторимый облик, вкладывая в него гармонию движений и силу духа. Наблюдая за поведением спортсменов-инвалидов, общество меняет отношение к ним, воспринимая их не как людей ущербных, а как равных, достойных уважения и способных на большие свершения, чем многие здоровые люди.

АФК, являясь частью физической и общечеловеческой культуры, выполняет важные социальные и педагогические функции духовного и физического развития инвалидов и лиц с ограниченными возможностями. Все педагогические функции имеют предметное выражение в деятельности, сущность которой заключается в использовании физического упражнения – универсального средства и метода двигательной активности инвалидов. Социальные функции органично вплетаются в процесс АФК, развивая интеллектуальные и психические способности, формируя активное отношение к ценностям физической культуры, здоровому стилю жизни.

3. Характеристика важнейших социальных функций: социализирующей, коммуникативной, интегративной, гуманистической, зрелищной, эстетической, престижной.

Гуманистическая функция в сфере АФК полагает ориентацию на личностное развитие. Гуманизм в АФК предполагает признание, понимание, помощь человеку с нарушениями в развитии не только со стороны заинтересованных специалистов, но и всего общества в целом, где еще бытуют такие оскорбительные клише, как «урод», «дебил», «идиот» и др., унижающие достоинство человека. Неадекватные установки в отношении к инвалидам сложились исторически и сохраняются до сих пор у большинства населения. Истинный гуманизм проявляется не в словах, а в адресной, полезной деятельности и таких нравственных критериях людей, как человеколюбие, сострадание, милосердие, благородство, терпение, самоотверженность. Особенно важно, чтобы эти добродетели сопровождали человека не только в детстве, но и всю жизнь.

Социализирующая функция. Под социализацией понимается процесс включения человека в жизнь общества, усвоение опыта социальной жизни, образцов поведения, социальных норм, ролей и функций, вхождение в социальную среду и группы.

Социализация – сложное многогранное явление, выступающее для инвалидов в качестве цели. Адаптивная физическая культура для данной категории людей является основой подготовки к самостоятельной жизни и необходимым условием жизнеобеспечения, духовного и физического развития.

Интегративная функция. Если социализирующая функция включает в себя усвоение и воспроизведение знаний, умений, норм и ценностей, то интегративная функция означает включение различных категорий инвалидов в социальные системы, предназначенные для здоровых людей, активное участие в основных направлениях жизнедеятельности, самореализацию и раскрытие личностных способностей. Человек социализированный, подготовленный к жизни, может оказаться не интегрированным, невостребованным обществом.

Социализация и интеграция находятся в тесной взаимосвязи: чем выше уровень социализации, тем больше шансов у человека включиться в деятельность. В соответствии с определением Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) конечной целью реабилитации инвалидов является их социальная интеграция.

Коммуникативная функция. Общение как социальный процесс имеет особое значение для инвалидов. В общении отражается потребность человека в эмоциональном контакте, в проявлении своих чувств и ответном понимании, получении информации, ощущении включенности в какую-либо деятельность.

Инвалиды с детства из-за меньшей мобильности имеют ограниченные возможности общения. Сложность общения и в том, что многие из них имеют отклонения в развитии речи. Наиболее часто встречаются алалия, афазия, ринолалия, дизартрия, заикание, последствиями которых являются ограниченность мышления, затруднения в чтении и письме, речевой функции, отклонения в эмоционально-волевой сфере.

В процессе занятий физическими упражнениями используются вербальные и невербальные способы общения. Если речевая функция сохранена, то вербальное общение не встречает преград. В случае нарушения речи из-за утраты слуха или нейросенсорной тугоухости к методам словесного общения педагога предъявляются особые требования: при объяснении речь должна быть четкой, разборчивой и понятной с одновременной демонстрацией движения. Иногда речь дополняется мимикой и жестами.

Невербальное общение характерно для совместной двигательной деятельности на уроках физической культуры, в рекреативных занятиях, спортивных тренировках, когда взаимопонимание достигается без слов. Это не значит, что общения не происходит. Характер двигательной деятельности формирует определенную структуру взаимоотношений: согласованные по точности и координации движения, перемещения в пространстве, поддержка, помощь, тактические действия представляют собой невербальное двигательное общение. Оно формирует отношения доверия, уважения, симпатии к партнерам, усваиваются привычки и нормы поведения.

Зрелищная и эстетическая функции. Зрелище рассматривается как особый вид реализации потребности в специфической деятельности, связанной с эстетическим удовольствием, сопереживанием. Для людей с нарушением в развитии, ограниченных в общении, движении, игре, зрелищная функция имеет особое значение. С раннего возраста человек должен видеть, понимать, чувствовать красоту, стремиться к ней. В адаптивной физической культуре эта потребность реализуется в процессе занятий физическими упражнениями. Все хотят иметь красивую фигуру, осанку, сильное тело; для многих это является основным мотивом занятий. Не случайно люди с умственной отсталостью занимаются фигурным катанием, спортивной и художественной гимнастикой; дети с ДЦП – бальными танцами в колясках, аэробикой; незрячие – ритмической гимнастикой, демонстрируя пластику, чувство ритма, выразительность движений. Сочетание движения и музыки дает ощущения радости, уверенности, полноценности жизни. Спортивные соревнования предусматривают определенные ритуалы, девизы, красочно оформленные помещения, костюмы, музыку, создавая атмосферу праздника. Спортивные мероприятия сопровождаются показательными выступлениями с приглашением представителей общественности, спонсоров, администраций, родителей, друзей,

сверстников. Для инвалидов такие праздники запоминаются надолго, они получают не только эстетическое и эмоциональное удовольствие, но и реакцию зрителей, проявляющих не жалость, а восхищение их способностями и волей.

В спорте высших достижений люди приходят на соревнования, чтобы увидеть красоту движений, остроту борьбы, мастерство и силу, легкость, грациозность, совершенное владение телом. В соревнованиях инвалидов нет внешне идеальной красоты, но трибуны стадионов переполнены. По-видимому, эстетические и эмоциональные переживания зрителей находятся на другом уровне восприятия. Упорством, настойчивостью, желанием испытать радость борьбы и победы, силой воли и духа спортсмены-инвалиды вызывают потрясение и удивление в сознании людей. В этом притягательная сила спорта инвалидов.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие. – М.: Физкультура и спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 4

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-2. ТЕМА 2.1. Понятие инвалидности

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Определение понятий «инвалидность», «инвалид».
2. Компоненты инвалидности, степени ограничения жизнедеятельности.
3. Группы инвалидности.
4. Причины инвалидности.
5. Модели инвалидности (медицинская, социальная, политическая, модель независимой жизни).

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Определение понятий «инвалидность», «инвалид».

2. Компоненты инвалидности, степени ограничения жизнедеятельности.

Инвалидность (лат. *invalidus* – «несильный») – состояние с физическими, умственными, сенсорными или психическими отклонениями, препятствующими его деятельности.

Инвалид – человек, у которого возможности его личной жизнедеятельности в обществе ограничены из-за его физических, умственных, сенсорных или психических отклонений.

Установление статуса «инвалид» осуществляется учреждениями медико-социальной экспертизы и представляет собой медицинскую и юридическую процедуру (МРЭК). Установление группы инвалидности обладает юридическим и социальным смыслом, так как предполагает определенные особые взаимоотношения с обществом: наличие льгот, выплата пенсии по инвалидности, ограничения в работоспособности и дееспособности. Некоторые специалисты рассматривают инвалидность как одну из форм социального неравенства.

Принято различать ключевые понятия:

- **дефект или нарушение:** любая утрата психической, физиологической, анатомической структуры или функции, или отклонение от неё;
- **инвалидность:** ограниченность человека из-за дефекта или нарушения, препятствующая выполнению им его нормативной возрастной, половой, социальной и культурной роли в обществе;
- **нетрудоспособность:** ограниченность человека из-за дефекта или инвалидности.

Слово «инвалид» (буквально «непригодный») в настоящее время все чаще заменяется на «человек с ограниченными возможностями». Тем не менее, этот устоявшийся термин часто употребляется в прессе, публикациях, нормативных и законодательных актах, в материалах ООН.

Общественные организации инвалидов считают, что важно использовать корректную по отношению к инвалидам терминологию: «человек с задержкой в развитии» (а не «слабоумный», «умственно неполноценный»), «перенесший полиомиелит» (а не «жертва полиомиелита»), «использующий инвалидную коляску» (а не «прикованный к инвалидной коляске»), «имеет ДЦП» (а не «страдает ДЦП»), «слабослышащий» (а не «глухой»). Эти термины более корректны, так как ослабляют деление на «здоровых» и «больных» и не вызывают жалости или негативных эмоций.

Категории инвалидности. Ограничения функций условно разделяют по категориям:

- нарушения статодинамической функции (двигательной),
- нарушения кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, обмена, секреции желез.
- сенсорные нарушения (зрения, слуха, обоняния, осязания),
- психические нарушения (восприятия, внимания, памяти, мышления, речи, эмоций, воли).

2. Компоненты инвалидности, степени ограничения жизнедеятельности.

3. Группы инвалидности.

Критерием для определения **первой группы инвалидности** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к резко выраженному ограничению (ФК 4—от 76 % до 100 %) одной из категории жизнедеятельности либо их сочетанию.

Критерии установления первой группы инвалидности:

неспособность к самообслуживанию или полная зависимость от других лиц;

неспособность к самостоятельному передвижению и полная зависимость от других лиц;

неспособность к ориентации (дезориентация);

неспособность к общению;

неспособность контролировать свое поведение.

Критерием для установления **второй группы инвалидности** является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм

или дефектами, приводящими к выраженному ограничению (ФК 3—от 51 % до 75 %) одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.

Показания к установлению второй группы инвалидности:

способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;

способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и (или) по с помощью других лиц;

неспособность к трудовой деятельности или способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, с помощью других лиц;

неспособность к обучению или способность к обучению только в специальных учебных заведениях, или по специальным программам в домашних условиях;

способность ориентации во времени и в пространстве, требующая помощи других лиц;

способность к общению с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц;

способность частично или полностью контролировать свое поведение только при помощи посторонних лиц.

Критерием для определения третьей группы инвалидности является социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи, вследствие нарушения здоровья со стойкими незначительно или умеренно выраженными расстройствами функций организма, обусловленными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к нерезко или умеренно выраженному ограничению (ФК 2 – от 26 % до 50 %) одной из категорий жизнедеятельности или их сочетание.

Показания для установления третьей группы инвалидности:

способность к самообслуживанию с использованием вспомогательных средств;

способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния;

способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса и (или) с использованием вспомогательных средств, с помощью других лиц (кроме обучающего персонала);

способность к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема производственной деятельности, невозможности выполнения работы по своей профессии;

способность к ориентации во времени и в пространстве при условии использования вспомогательных средств;

способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации.

4. Причины инвалидности.

При установлении группы инвалидности комиссия устанавливает ее причину. Причина инвалидности устанавливается на основе изучения анамнеза, анализа клинической картины, характера развития и связи имеющегося патологического процесса с характером перенесенных заболеваний, травм или имеющихся дефектов, а также анализа медицинской и другой документации.

Если у инвалида вследствие трудового увечья, профессионального заболевания, заболевания (увечья), вызванного катастрофой на Чернобыльской АЭС, или военной травмы возникает новое заболевание общего характера, что приводит к повышению группы инвалидности, причина инвалидности остается прежней.

При наличии одновременно оснований для определения различных причин инвалидности причина инвалидности определяется по выбору инвалида (в заключении указывается только одна причина инвалидности).

Комиссия устанавливает следующие причины инвалидности:

общее заболевание*;

инвалидность с детства**;

профессиональное заболевание;

трудовое увечье; инвалидность с детства вследствие профессионального заболевания;

инвалидность с детства вследствие трудового увечья;

инвалидность с детства вследствие ранения, контузии или увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны (либо с последствиями военных действий);

инвалидность с детства в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС; военная травма;

заболевание получено в период военной службы;

заболевание (увечье), вызванное катастрофой на Чернобыльской АЭС (аварийными ситуациями на других атомных объектах, испытанием ядерного оружия);

заболевание получено при исполнении обязанностей военной службы в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС (при аварийных ситуациях на других атомных объектах, при испытании ядерного оружия);

инвалидность в результате противоправных действий по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства***;

иные причины, установленные законодательством Республики Беларусь.

5. Модели инвалидности (медицинская, социальная, политическая, модель независимой жизни).

Под моделью инвалидности подразумевается то, как понимают инвалидность сами инвалиды и общество в целом. Модель нужна для выработки подходов в решении проблем инвалидности и формирования социальной политики в отношении инвалидов.

Выделяют медицинскую модель инвалидности, социальную модель, политико-правовую модель и модель культурного плюрализма.

Медицинская модель инвалидности (медицинский подход). Эта модель исходит из определения медицинской патологии, согласно которой инвалид – это лицо, имеющее те или иные нарушения. Медицинская модель утверждает, что люди являются инвалидами, т.к. они имеют ту или иную патологию, нуждаются в посторонней помощи и уходе, зависимы от окружающих. Эта модель исходит из ведущей роли медицины в лечении заболевания или дефекта, рассматривая инвалида как пациента.

С точки зрения медицинской модели люди являются инвалидами, потому что они не могут выполнять привычные функции: ходить, слышать, видеть, говорить и т.д. Инвалиды всегда больны, они вечные пациенты. Они не подпадают под определение «нормы» и поэтому:

- не могут работать,
- не могут посещать обычные учебные заведения,
- не должны иметь семью,
- являются иждивенцами и обузой для общества.

Если людей с инвалидностью воспринимать через призму медицинской модели, то они просто не являются частью жизни общества.

Реабилитация инвалидов рассматривается исключительно с одной стороны – со стороны восстановления трудовых возможностей. В этой связи в общественном сознании понятия «инвалидность» и «нетрудоспособность» воспринимаются как равнозначные и взаимозаменяемые термины, что на самом деле неверно.

Решение проблем инвалидности мед. модель видит в диагностике, лечении, реабилитации, профилактике.

Отрицательным в медицинской модели является формирование стереотипов в отношении инвалидов. Таким образом, человек с инвалидностью лишается социальной значимости. Инвалид и его семья не имеют права выбора и самоопределения, не могут влиять на решение собственных проблем. Однако медицинские мероприятия не в состоянии изменить положения в целом, т.к. многие заболевания и нарушения, приводящие к инвалидности, являются не излечимыми.

Социальная модель инвалидности представляет собой альтернативу медицинскому подходу. Если с точки зрения мед. модели человек является инвалидом потому, что у него есть те или иные нарушения, то с точки зрения социальной модели, человек – инвалид потому, что в обществе не созданы условия для его нормальной полноценной жизни, потому, что существуют барьеры, которые изолируют людей с инвалидностью, не позволяют им нормально функционировать. С точки зрения соц. модели люди являются инвалидами:

- из-за барьеров окружающей среды, недоступного жилья, недоступного транспорта;
- из-за отсутствия доступа к информации и общению;
- из-за отсутствия доступа в обычные школы и вузы;

- из-за того, что им не предоставлены равные возможности получения работы;

- из-за негативного отношения общества к людям с инвалидностью.

Соц. модель была разработана самими инвалидами и позволяет взглянуть на инвалидность с другой точки зрения, более позитивной.

Соц. модель признает, что люди с инвалидностью, как и все другие, время от времени нуждаются в медицинской помощи. Однако, эта модель говорит, что их не надо рассматривать как объекты медицинского вмешательства. Важным здесь считается привлечение самих инвалидов к решению их проблем.

Таким образом, мед. модель гласит, что изменять надо самих инвалидов, а соц. модель говорит что надо изменять отношение общества к таким людям.

В последнее время получила распространение «политико-правовая» модель инвалидности. В соответствии с ней люди, имеющие инвалидность, рассматриваются как социальное меньшинство, права и свободы которого ущемляются посредством внешних ограничений: недоступностью архитектурной среды, замкнутым кругом общения, ограниченным доступом ко всем сферам жизни общества, к информации и средствам коммуникации, культуре и спорту.

Данная модель предлагает следующий подход к решению проблем инвалидности: равные права человека, имеющего инвалидность, должны быть закреплены законодательством, реализованы через стандартизацию положений и правил во всех сферах жизнедеятельности человека и обеспечены равными возможностями, создаваемыми социальной структурой. Эта модель инвалидности ориентирует общество на защиту прав инвалидов точно так же, как подобное отношение должно быть гарантировано всем гражданам.

Модель культурного плюрализма рассматривает каждого человека с точки зрения его уникальности, как личность, имеющую положительное значение для общества. Инвалидность трактуется как культурное отличие наравне с цветом кожи, вероисповеданием, традициями. Основной акцент здесь делается на понятии равенства: все аспекты жизни общества должны быть одинаково доступны для всех его членов вне зависимости от их отличий от других.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация

больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 5

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-2. ТЕМА 2.2. Понятие о реабилитологии как науке и учебной дисциплине

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие о реабилитологии как науке.
2. Взаимосвязь реабилитологии с другими науками и учебными дисциплинами.
3. Объективные предпосылки для возникновения и развития реабилитологии.
4. Современные подходы к реабилитации.
5. Цель, задачи, принципы реабилитации.
6. Этапы, виды реабилитации.
7. Реабилитация и абилитация, основные отличия.
8. Система реабилитации в Республике Беларусь.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Реабилитация инвалидов – процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или полную компенсацию ограничений жизнедеятельности для их социальной адаптации, материальной независимости и их интеграции в общество.

Термин «реабилитация» происходит от латинского слова *rehabilitatio* (восстановление).

В медицине – это комплекс медицинских, педагогических, профессиональных и юридических мер для восстановления (компенсации) нарушенных функций и трудоспособности инвалидов.

Реабилитация значительно шире, чем восстановление здоровья. Реабилитация призвана не только вернуть здоровье больным и инвалидам, но и сохранить их трудоспособность.

Целью реабилитации является оздоровление инвалида и помощь ему в восстановлении или развитии профессиональных навыков с учетом его травмы или болезни.

Варианты реабилитации:

- адаптация на прежнем рабочем месте;
- реадаптация – работа на новом месте на том же предприятии с измененными условиями,
- на новом месте с новой квалификацией, близкой к прежней, но с

пониженной нагрузкой;

- полная переквалификация с последующим трудоустройством на том же предприятии;
- переквалификация в реабилитационном центре с работой по новой специальности.

Основы реабилитации:

- биологические – адаптация организма к новым условиям жизни;
- психические – стремление человека к полезности в новых социально-экономических отношениях;
- морально-этические – принципы гуманизма и моральный эффект для общества;
- научно-медицинские – разработка и внедрение достижений науки в практику восстановления;
- социально-экономические – польза обществу (на вложенный 1 \$ возвращается 35 \$).

Фазы реабилитации по классификации ВОЗ:

1. больничная фаза, начинается с момента поступления больного (пострадавшего) в стационар;
2. фаза выздоровления, реабилитация в центрах реабилитации, поликлиниках, санаториях;
3. фаза поддерживающая, длится всю жизнь и проводится диспансерно.

Принципы реабилитации

- реабилитация – многоплановый неразрывный процесс лечебно-профилактических мероприятий.
- участие медработников, психологов, педагогов, специалистов физической культуры, юристов.
- использование на этапах реабилитации разных задач, условий, возможностей и показаний.
- использование единых подходов установления степени нарушений, трудоспособности.
- индивидуальность и как можно раннее начало реабилитационных мероприятий.
- выбор эффективных реабилитационных мероприятий для возвращения к труду.
- осуществление реабилитации непрерывно, последовательно и преемственно.
- учет психосоциальных связей, возраста, специальности, семейно-бытовой обстановки.
- соблюдение санитарно-гигиенических норм при трудотерапии и профподготовки, охране труда.

Физическая реабилитация (ФР)

Физическая реабилитация – применение физкультурных факторов в восстановлении больных: лечебная гимнастика, ЛФК, тренировки, сан-кур. лечение – часть медицинской реабилитации.

Механизмы положительного воздействия физических нагрузок:

- благоприятное влияние на регуляторные системы, что обеспечивает выздоровление;
- нормализация нарушенных функций различных органов;
- становление, улучшение деятельности компенсаторно-приспособительных механизмов;
- тренировка мышц, в том числе сердечной; нормализация обмена веществ;
- улучшение пищеварения, нормализующее влияние на желчеотделение и функцию кишечника;
- укрепление защитной функции иммунной системы организма;
- психологический эффект, благотворное влияние на эмоциональную сферу человека;
- улучшение течения болезни, сокращение сроков лечения.

Методологические аспекты применения физических нагрузок

- физкультура без правильного питания, ЗОЖ, отдыха, отказа от в/п не обеспечит здоровье.
- ФР следует начинать как можно раньше: в ДДУ, школах, училищах, институтах, на работе.
- предварительно обязательно пройти медицинское обследование с нагрузками.
- входить постепенно, не перенапрягать, а развивать свои усилия, контроль за нагрузками.
- выбор вида, темпа, интенсивности нагрузок с учетом состояния, и тренированности организма.

Абилитация – комплекс мероприятий, направленных на адаптацию к дефекту, имеющемуся с рождения, на укрепление здоровья, развитие способностей инвалида с целью его социальной интеграции.

Термин «**реабилитация**» происходит от латинского «*ability*» – способность, «*rehabilitatio*» – восстановление способности. В Энциклопедическом словаре медицинских терминов (1984) она определяется как «комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов».

Реабилитацию следует рассматривать как динамическое явление, где выделяются первоначальная, элементарная и полная реабилитация. В зависимости от технологии используемых средств и методов реабилитации, последняя может подразделяться на медицинскую, техническую (инженерную), психологическую и педагогическую.

Реабилитация инвалидов – это специфическая деятельность в области социальной политики, предполагающая повышение уровня дееспособности лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов в сферах труда, быта, культуры на основе комплексного применения медицинских, инженерных, психологических и педагогических технологий. Цель этой деятельности – обеспечение готовности инвалидов вести нормальный образ жизни.

В основе человеческой деятельности лежит взаимодействие природного и социального. Человек – это, прежде всего, «человек телесный», а потом уже «человек разумный», «человек социальный».

Физическая культура, выступая базовым, фундаментальным слоем культуры, присутствует в культурной, трудовой и бытовой деятельности. Физическая культура – это не только область «работы с телом», это «работа с духом» человека, его внутренним миром.

Недостаточный уровень физической культуры и двигательной активности личности отрицательно сказывается на функциональных, интеллектуальных и эмоциональных свойствах человека. Особенно это проявляется, когда в ситуации вынужденной гиподинамии оказывается ребенок, познающий с помощью движений окружающий мир, формируя ощущения, восприятия, представления, пространственно-временные ориентировки и эмоционально-волевую сферу.

Отстранение детей от физической культуры, чтобы сконцентрировать их на развитии определенных способностей, обрекает юные дарования не только на постоянные болезни, физические и психические перенапряжения и срывы, но и на неполное раскрытие тех самых способностей, из-за которых дети лишаются разносторонней жизни.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 6

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-2. ТЕМА 2.3. Организация международной системы реабилитации

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Международное общество по реабилитации инвалидов.
2. Цель, задачи, принципы деятельности.
3. Роль Организации Объединенных Наций в реабилитации инвалидов.
4. Бюро Организации Объединенных Наций по социальной реабилитации инвалидов.
5. Европейская программа реабилитации.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

В последние 20 лет значительно расширились рамки спортивной деятельности, предлагаемые для людей с умственной отсталостью. В дополнение к государственной системе специального физического образования сложился опыт спортивных организаций, предлагающих людям с умственной отсталостью широкий спектр возможностей участия в физкультурной и спортивной жизни. В мире наиболее известны две международные организации: International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability – INAS-FID (Международная спортивная федерация для людей с нарушением интеллекта) и Special Olympics International – SOI (Международная Специальная Олимпиада), распространившие свою деятельность во многих странах.

INAS-FID предлагает лицам с умственной отсталостью тренироваться и участвовать в соревнованиях, используя существующую модель спортивных соревнований для здоровых спортсменов. Философия этой международной организации, созданной в 1986 году, заключается в том, чтобы привлечь лиц с умственной отсталостью к спорту, начиная с местных оздоровительных мероприятий и заканчивая соревнованиями международного уровня среди сильнейших спортсменов, предоставив им право выбора в соответствии с их индивидуальными способностями.

INAS-FID является членом Международного паралимпийского комитета (International Paralympics Committee – IPC) и других международных спортивных организаций инвалидов. Она установила взаимоотношения с большинством международных спортивных руководящих органов. INAS-FID проводит свои чемпионаты мира по отдельным видам спорта; ее члены принимают участие в Паралимпийских играх. Руководящий орган (исполком)

находится в настоящее время в Европе. Признавая право лиц с умственной отсталостью участвовать в спортивных соревнованиях на всех уровнях и осознавая важность спорта в развитии личности и интеграции умственно отсталых людей в обществе, INAS-FID ставит перед собой следующие задачи:

- содействие расширению возможностей умственно отсталых лиц во всех частях мира участвовать в международном спортивном движении;
- организация и сотрудничество в проведении семинаров и конференций по вопросам спорта для лиц с умственной отсталостью, включая образовательные программы;
- распространение информации, касающейся различных уровней соревновательного спорта, тренировочной деятельности и рекреации для лиц с умственной отсталостью;
- содействие распространению идеи интеграции лиц с умственной отсталостью в общество.

Все соревнования INAS-FID проводятся в соответствии с существующими международными правилами для конкретных видов спорта, за исключением тех случаев, когда они адаптируются или изменяются INAS-FID. Для расширения возможностей участия в соревнованиях людей с умственной отсталостью INAS-FID предлагает три формы проведения соревнований:

- а) открытые соревнования – это означает, что любой человек, являющийся членом национальной организации и имеющий умственную отсталость, имеет право участвовать в этих соревнованиях;
- б) соревнования в подгруппах. Эти соревнования отличаются от открытых соревнований тем, что они основываются на результатах, показанных на предыдущих соревнованиях национального уровня; эта форма проведения соревнований дает возможность спортсменам состязаться с равными;
- в) модифицированные соревнования. Эти соревнования проводятся по облегченным правилам. В таких видах спорта, как легкая атлетика и плавание, INAS-FID регистрирует мировые рекорды.

В 1992 году спортсмены с нарушением интеллекта впервые приняли участие в соревнованиях Паралимпийских игр, которые прошли в Мадриде, в отличие от остальных видов программы, которые проводились в то же время в Барселоне. Соревнования проводились по легкой атлетике, плаванию и настольному теннису.

В программе зимних Паралимпийских игр представители Международной спортивной федерации для лиц с нарушением интеллекта участвуют лишь в лыжных гонках. Международные соревнования проводятся по правилам Международной федерации лыжного спорта на дистанциях 5, 7, 10, 20 километров, без предварительного разделения участников на группы. К участию в соревнованиях допускаются спортсмены старше 15 лет.

В связи с тем, что развитие специальных олимпийских программ в России достигло достаточно высокого уровня для того, чтобы они стали самостоятельными, в 1999 году это направление выделилось из РА «Олимп» в

самостоятельную общественную общероссийскую благотворительную организацию «Специальная Олимпиада России».

В настоящее время РА «Олимп» осуществляет работу с лицами, имеющими нарушение интеллекта, в основном по программам INAS-FID. С 2000 года РА «Олимп» совместно с Федеральным агентством РФ по физической культуре и спорту проводит всероссийские соревнования по плаванию, конному спорту, настольному теннису, бадминтону, лыжным гонкам. Российские спортсмены, занимающиеся по этим программам, с каждым годом улучшают свои позиции на международной спортивной арене, принимая участие в официальных международных соревнованиях INAS-FID.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛЬНАЯ ОЛИМПИАДА

Special Olympics International (SOI), или Специальная Олимпиада – это международное спортивное движение, обеспечивающее условия для занятий спортом и физической культурой лицам с умственной отсталостью.

Международное специальное олимпийское движение было создано в 1968 году Юнис Кеннеди Шрайвер в США для инвалидов, лиц с нарушениями интеллекта и прочих адаптационных способностей. В 1988 году президент Международного олимпийского комитета (МОК) Хуан Антонио Самаранч подписал договор о праве на олимпийское название и всемирное признание. Юнис Кеннеди Шрайвер является единственной женщиной, чей профиль за заслуги в развитии данного движения и его гуманизм вычеканен на монете достоинством в 1 доллар США.

Специальная Олимпиада – самое распространенное спортивное движение такого рода. Оно является доступным, постоянно совершенствуется, предлагает различные спортивные программы, ориентированные на лиц с умственной отсталостью, имеющих разные способности, и предоставляет возможность любому, кто пожелает, найти свой интерес в этом движении.

Специалисты подбирают физические упражнения таким образом, чтобы предоставить возможность каждому человеку, имеющему нарушения интеллекта и прочих адаптационных способностей, начиная с пятилетнего возраста, участвовать в занятиях физической культурой и спортом, спортивных соревнованиях (с 8 лет) и получать от них пользу, независимо от уровня их возможностей, пола и возраста. В Специальной Олимпиаде лицам с умственной отсталостью предлагаются тренировки и соревнования более чем в двадцати видах спорта. Кроме того, для лиц с глубокой умственной отсталостью, имеющих сопутствующие нарушения (например, детский церебральный паралич), предлагается программа двигательной активности, включающая специальный подбор физических упражнений и элементов из различных видов спорта.

Имеется также программа Объединенного спорта, в которой наряду с умственно отсталыми участвуют и здоровые спортсмены. Вместе с тем в Специальной Олимпиаде некоторые спортивные дисциплины запрещены, например в легкой атлетике – метание копья и молота, прыжки с шестом; прыжки в воду; бадминтон; биатлон; прыжки на лыжах с трамплина; все виды

борьбы, в том числе дзюдо и карате; регби; американский футбол; все виды стрельбы; фехтование.

В 1990 году проведены первые всесоюзные соревнования, где были отобраны спортсмены, принявшие в том же году участие в летних Европейских Специальных олимпийских играх в Глазго (Шотландия). В соревнованиях по легкой атлетике, плаванию, гимнастике и гандболу от СССР участвовали представители России, Азербайджана, Белоруссии и Узбекистана. Первый опыт участия в международных соревнованиях Специальной Олимпиады дал возможность понять принципы этого движения, познакомиться с его правилами.

В 1991 году на базе Государственного центрального института физической культуры был проведен Всесоюзный семинар Специальной Олимпиады, в котором участвовали и известные в прошлом спортсмены: Александр Балашов, Алжан Жармухамедов, Людмила Кондратьева, Галина Прозуменщикова. После этого были проведены летние Всесоюзные Специальные олимпийские игры. Они проводились по 9 видам спорта в городах России, Украины и Молдовы. В них приняли участие спортсмены с умственной отсталостью почти из всех союзных республик. В июне 1991 года делегация Советского Союза, состоящая из 113 человек, приняла участие в летних Всемирных Специальных олимпийских играх в Миннеаполисе (США), в соревнованиях по легкой атлетике, плаванию, тяжелой атлетике, гимнастике, волейболу, баскетболу, футболу, настольному теннису и гандболу. Уровень физического развития, так же как и уровень физической подготовленности лиц с умственной отсталостью, вовлеченных в программу Специальной Олимпиады, колеблется от самого низкого до среднего. Участники Всемирных Специальных олимпийских игр имели довольно высокий уровень физической подготовленности.

В декабре 1991 года в связи с распадом Советского Союза «Всесоюзный комитет Специальной Олимпиады» был ликвидирован и создана общественная организация – «Специальная Олимпиада Евразии». Цель ее создания – помощь в организации самостоятельных национальных программ Специальной Олимпиады в 12 странах на территории бывшего СССР.

В 1992 году в Петрозаводске (Россия) прошли первые зимние Специальные олимпийские игры Евразии, в программе которых были соревнования по лыжным гонкам и конькобежному спорту; в Санкт-Петербурге проведен турнир по хоккею на полу.

В марте 1993 года в Австрии 156 спортсменов и тренеров из России, Белоруссии, Казахстана и Туркменистана участвовали в зимних Всемирных Специальных олимпийских играх по лыжным гонкам, горнолыжному спорту, конькобежному спорту, фигурному катанию, хоккею на полу.

В 1995 году в Нью-Хейвене (США) в летних Всемирных Специальных олимпийских играх участвовали самостоятельные команды России, Азербайджана, Грузии, Белоруссии, Казахстана, Туркменистана и Украины, а спортсмены из Молдовы, Киргизстана, Узбекистана и Таджикистана соревновались в объединенной команде Евразии, так как в этих странах еще

не были созданы самостоятельные национальные организации Специальной Олимпиады.

В 1997 году в Торонто (Канада) в зимних Всемирных Специальных олимпийских играх участвовали спортсмены из России и 7 других стран СНГ.

Новая регистрация Специальной Олимпиады России состоялась в 1999 году. Президент – А.В.Павлов.

В настоящее время во всех странах ближнего зарубежья работают самостоятельные организации Специальной Олимпиады, которые организуют круглогодичные тренировки и проводят национальные Специальные олимпийские игры и соревнования. Ежегодно они принимают участие в 2–3 региональных семинарах, каждые 2 года – во Всемирных летних или зимних Специальных олимпийских играх.

Такая популярность Специального Олимпийского движения в наших странах объясняется тем, что оно стимулирует развитие и использование средств физической культуры и спорта для людей с умственной отсталостью. Активные занятия физической культурой и спортом по программам Специальной Олимпиады оказывают положительное влияние на деятельность основных систем организма, способствуя тем самым развитию коррекционно-компенсаторных функций, позволяя спортсменам адаптироваться к жизни в обществе.

Незаменимую роль в процессе социализации спортсменов с отклонениями в состоянии здоровья, особенно с умственной отсталостью, играют правила и нормы, разработанные Специальным олимпийским комитетом и регулирующие участие в спортивной деятельности.

Правила поведения лиц с умственной отсталостью при занятиях спортом:

1. Правила служат критерием поведения спортсмена: участник признает правила соревнований в качестве критерия не только для того, чтобы оправдать свое поведение, например, участие в соревнованиях с целью победить, но также и для того, чтобы расценить поведение других. Например, если соперники не выполняют правила игры, то их победа не должна быть засчитана.

2. Правила являются народными, социальными и всеобщими: данные характеристики помогают людям понимать складывающиеся ситуации. Участники спортивного мероприятия понимают друг друга, благодаря установленным правилам. Зрители тоже понимают, что происходит в каждом случае.

3. Правила необходимо учить, чтобы знать не только правила проведения различных спортивных мероприятий, но и правила взаимоотношений.

Система правил налагает определенные обязанности на спортсмена с умственной отсталостью: каждый вид спорта имеет собственные правила, собственные требования к уровню подготовленности спортсмена, тренировочную программу и т.п.

Развитие различных форм спортивной активности лиц с умственной отсталостью требует тщательного ознакомления этих спортсменов с нормами и правилами, связанными с их участием в спорте. Спортивные организации для лиц с умственной отсталостью должны совершенствовать методы, с помощью которых лица с умственной отсталостью могут выучить правила.

ПАРАЛИМПИЙСКОЕ ДВИЖЕНИЕ

В 1960 году на первых летних Паралимпийских играх участвовало 300 спортсменов. В Барселоне (1992 год) было уже около 4000 участников. Расширяется спектр видов спорта, предлагаемых для спортсменов-инвалидов. Одновременно увеличивается количество людей с различными ограничениями и отклонениями в состоянии здоровья, привлекаемых к занятиям спортом. Сегодня им могут заниматься инвалиды не только с нарушениями зрения, слуха, с церебральным параличом, параплегией, ортопедическими нарушениями, но и с нарушениями интеллекта.

Наибольший прогресс в развитии паралимпийского движения отмечается в области так называемого «элитного спорта». Если 40–50 лет тому назад спорт рассматривался как средство терапии и рекреации, то в настоящее время спортсменам, имеющим инвалидность, предоставлен выбор участия в соревнованиях самого высокого уровня, в зависимости от их индивидуальных возможностей. Высоко мотивированные спортсмены ставят перед собой задачу не только участвовать в различных международных соревнованиях, но и побеждать на них. На этом уровне спорт выходит за пределы реабилитационных задач. В настоящее время элитный спорт для спортсменов-инвалидов практически ничем не отличается от элитного спорта для спортсменов, не имеющих отклонений в состоянии здоровья. Спортсмен с инвалидностью уже не пациент, а спортсмен.

Международный паралимпийский комитет, созданный в 1989 году в Германии с целью объединения международных спортивных федераций, развивающих спорт среди лиц с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и интеллекта, ставит перед собой следующие задачи:

- организация Паралимпийских и других всемирных игр, объединяющих спортсменов с различными отклонениями в состоянии здоровья, а также чемпионатов мира;
- осуществление связи с Международным олимпийским комитетом и другими международными спортивными организациями;
- поиск путей интеграции инвалидного спорта в международное спортивное движение для спортсменов, имеющих отклонения в здоровье, сохраняя при этом собственный статус;
- контроль и координация проведения Паралимпийских, всемирных и региональных игр, объединяющих спортсменов разных групп инвалидности, в целях соблюдения их интересов с точки зрения принципов проведения соревнований;
- осуществление и помощь в проведении образовательных

программ, исследований и мероприятий, способствующих достижению целей, поставленных перед Международным паралимпийским комитетом;

- содействие развитию спорта для инвалидов без дискриминации по политическим, религиозным, экономическим, половым или расовым признакам;

- расширение возможностей инвалидов для участия в спорте и в тренировочных программах, созданных для повышения их квалификации.

Основной задачей Паралимпийского комитета считается развитие процесса интеграции спортсменов-инвалидов в международное спортивное движение. Для этого он пытается:

- а) добиться включения в программу наиболее крупных официальных международных соревнований как минимум по одному виду программы для каждой нозологической группы, представляющему как можно более широко спорт инвалидов;

- б) обеспечить участие спортсменов-инвалидов в Олимпийских играх и других основных чемпионатах мира.

Международный паралимпийский комитет считает, что «адаптация» международных соревнований здоровых спортсменов в целях участия в них спортсменов-инвалидов может рассматриваться как интеграция спортсменов-инвалидов. Поэтому он стремится расширить их возможности внутри спортивной системы вместе с признанием ценности каждого соревнующегося. Эта миссия выходит за пределы спорта, так как с его помощью происходит интеграция инвалидов во все сферы общественной жизни.

Спортсмены-инвалиды должны иметь возможность участвовать в соревнованиях такого же статуса и на таком же уровне, как и их коллеги, не имеющие нарушений в состоянии здоровья. Во время проведения Игр размещаться в Олимпийской деревне, участвовать в церемониях открытия и закрытия Игр, соревноваться бок о бок со здоровыми спортсменами и быть включенными в состав олимпийской национальной команды. Для каждого спортсмена самым главным в спорте является достижение высокого спортивного результата.

Годами люди с инвалидностью борются за свои права, признание, уважение и равенство. Президент Международного паралимпийского комитета Роберт Стедвард (Dr. Steadward R.D., 1994) считает, что эта борьба может быть смягчена с помощью интеграции в спорте. В цивилизованном обществе многое уже сделано для людей с инвалидностью в области трудоустройства, образования, доступности транспорта, зданий и помещений, информационных ресурсов и пропаганды. Теперь на пути инвалидов, занимающихся спортом, остался последний бастион: интеграция в так называемый «нормальный спорт».

Паралимпийский комитет России был образован в 1996 году. Его учредителями и, одновременно, членами являлись ВОИ, ВОС, ВОГ, Российская федерация физической культуры и спорта инвалидов, РА «Олимп».

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Шапкина, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкина – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 7

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-3. ТЕМА 3.1. Задачи адаптивной физической культуры. Классификация и характеристика средств адаптивной физической культуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Главные задачи адаптивной физической культуры – коррекция, компенсация, профилактика
2. Задачи коррекции основного дефекта (опорно-двигательного аппарата, сенсорных систем, речи, интеллекта, соматических функциональных систем организма) и вторичных отклонений, обусловленных основным дефектом.
3. Задачи компенсации функции при невозможности коррекции нарушений.
4. Задачи профилактики сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений.
5. Особенности решения традиционных задач физической культуры (образовательных, воспитательных, развивающих) в адаптивной физической культуре.
6. Средства адаптивной физической культуры.
7. Классификация, краткая характеристика.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Главные задачи адаптивной физической культуры – коррекция, компенсация, профилактика

1. Коррекция основного дефекта (опорно-двигательного аппарата, сенсорных систем, речи, интеллекта, соматических функциональных систем организма) и вторичных отклонений, обусловленных основным дефектом.
2. Компенсации функции при невозможности коррекции нарушений.
3. Профилактика сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений.

2. Задачи коррекции основного дефекта (опорно-двигательного аппарата, сенсорных систем, речи, интеллекта, соматических функциональных систем организма) и вторичных отклонений, обусловленных основным дефектом.

1. Коррекция техники основных движений.
2. Коррекция и развитие координационных способностей.
3. Коррекция и развитие физической подготовленности.

3. Задачи компенсации функции при невозможности коррекции нарушений.

1. Компенсация утраченных или нарушенных функций.
2. Формирование новых видов движений за счет сохраненных функций в случае невозможности коррекции.

4. Задачи профилактики сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений.

1. Профилактика и коррекция соматических нарушений - осанки, сколиоза, плоскостопия, профилактика простудных и инфекционных заболеваний, травматизма.
2. Коррекция и развитие сенсорных систем: – дифференцировка зрительных и слуховых сигналов по силе, расстоянию, направлению; – развитие зрительной и слуховой памяти; – развитие устойчивости к вестибулярным раздражениям; – дифференцировка тактильных ощущений, кожнокинестетических восприятий.
3. Коррекция психических нарушений в процессе двигательной деятельности.

5. Особенности решения традиционных задач физической культуры (образовательных, воспитательных, развивающих) в адаптивной физической культуре.

В адаптивном физическом воспитании следует рассматривать образовательные, оздоровительные, воспитательные и коррекционные задачи

К образовательным задачам АФВ относятся те, которые направлены на формирование, закрепление и совершенствование двигательных умений и навыков, необходимых инвалиду.

Образовательные задачи:

1. Формирование понятия о здоровом образе жизни
2. Формирование навыков здорового образа жизни
3. Формирование представления о структуре собственного тела и его двигательных возможностях
4. Формирования понятия физической культуры как феномена общей культуры человека
5. Формирование адекватной возрасту двигательной базы

Воспитательные задачи предполагают выработку определённых характерологических черт (воля, настойчивость, чувство коллективизма, организованности, активности, смелости и т.д.), обеспечивают стимуляцию психического развития и формирование личности инвалида. Развивается внимание, память, находчивость, улучшается ориентация, осуществляется развитие интеллекта.

Воспитание основных физических качеств (силы, ловкости, быстроты, выносливости) инвалидов до недавнего времени считалось нецелесообраз-

ным в связи с комплексным поражением организма и мнением о невозможности их полноценного приспособления к самостоятельной жизни.

В АФВ инвалидов выявляется ряд специальных развивающих задач, имеющих самостоятельное значение, но тесно взаимосвязанных:

1. Коррекции нарушений. Задача предполагает создание адекватной двигательной базы и развитие жизненно важных двигательных навыков.

2. Формирование компенсаций. Задача предполагает создание определенных двигательных стереотипов и аналогий, обеспечивающих возможности формирования позы и наличие базовых двигательных навыков (при отсутствии конечности, недостаточном её развитии или деформации и т.д.).

3. Социализация. Задача предполагает обеспечение создания условий для развития социально-бытовых навыков через формирование двигательного действия.

4. Адаптация – задача развития основных физических качеств, формирование компенсаторных механизмов переносимости физической нагрузки.

5. Интеграция – создание условий для эффективного взаимодействия с социумом.

6. Средства адаптивной физической культуры.

К средствам АФК относятся физические упражнения, естественные средовые (природные) и гигиенические факторы. Физическое упражнение является основным специфическим средством, с помощью которого достигается направленное воздействие на занимающегося, решаются коррекционно-развивающие, компенсаторные, лечебные и профилактические, образовательные, оздоровительные, воспитательные задачи.

7. Классификация, краткая характеристика.

Физические упражнения, являясь осознанными целенаправленными действиями, связаны с целым рядом психических процессов (вниманием, памятью, речью и др.), с представлениями о движениях, с мыслительной работой, эмоциями и переживаниями и т.п., развивают интересы, убеждения, мотивы, потребности, формируют волю, характер, поведение и являются, таким образом, одним из средств духовного развития человека; т.е. влияют одновременно на организм и личность.

Эффективность физических упражнений на организм и личность определяется влиянием ряда факторов: во-первых, особенностями самих упражнений, их сложностью, новизной, эмоциональностью, величиной нагрузки и т.п.; во-вторых, индивидуальными особенностями занимающихся: возрастом, полом, состоянием здоровья, двигательных возможностей, ограниченных дефектом, сопутствующими заболеваниями и вторичными нарушениями, состоянием сохранных функций (двигательных, сенсорных, интеллектуальных), двигательным опытом, способностью к обучению и контактам, личной заинтересованностью; в-третьих, внешними условиями – психологическим

климатом на занятии, гигиенической обеспеченностью мест занятий, техническим оснащением, оборудованием и инвентарем, создающими личный комфорт занимающихся.

Чтобы целенаправленно подбирать физические упражнения соответственно индивидуальным особенностям занимающихся, условиям проведения занятий, характеру физкультурной деятельности в разных видах адаптивной физической культуры, все упражнения делятся на группы по определенным признакам. Единой классификации не существует, так как одно и то же упражнение обладает разными признаками и может войти в разные классификационные группы. Наиболее распространенными являются следующие классификации:

1) по целевой направленности: упражнения общеразвивающие, спортивные, рекреационные, лечебные, профилактические, коррекционные, профессионально-подготовительные;

2) по преимущественному воздействию на развитие тех или иных физических качеств: упражнения на развитие силовых, скоростных качеств, выносливости, гибкости и т.п.;

3) по преимущественному воздействию на определенные мышечные группы: упражнения на мышцы спины, брюшного пресса, плеча, предплечья, голени, бедра, мимические мышцы и т.п.;

4) по координационной направленности: упражнения на ориентировку в пространстве, равновесие, точность, дифференцировку усилий, расслабление, ритмичность движений и др.;

5) по биомеханической структуре движений: циклические (ходьба, бег, плавание, передвижение в коляске, на лыжах, гребля и др.), ациклические (метание спортивных снарядов, гимнастические упражнения, упражнения на тренажерах и др.), смешанные (прыжки в длину с разбега, подвижные и спортивные игры и др.);

6) по интенсивности выполнения заданий, отражающей степень напряженности физиологических функций: упражнения низкой интенсивности (ЧСС – до 100 уд./мин), умеренной (ЧСС – до 120 уд./мин), тонизирующей (до 140 уд./мин), тренирующей (до 160 уд./мин и больше);

7) по видам спорта для разных нозологических групп инвалидов: упражнения и виды спорта для инвалидов по зрению, слуху, интеллекту, с поражениями опорно-двигательного аппарата, рекомендованных на основе медицинских показаний и противопоказаний и соответствующих программ Паралимпийских игр (В.П. Жиленкова, 2001);

8) по лечебному воздействию: упражнения на восстановление функций паретичных мышц, опорности, подвижности в суставах, упражнения, стимулирующие установочные рефлексy, трофические процессы, функции дыхания, кровообращения и др.;

9) по исходному положению: упражнения, выполняемые в положении лежа на животе, на спине, на боку, сидя, стоя, на коленях, присев, на четвереньках и др.;

10) по степени самостоятельности выполнения упражнений: активное самостоятельное, с поддержкой, помощью, страховкой, тактильным сопровождением движений, с опорой на костыли, палку, с помощью протезов, туторов, ортезов и технических устройств, в ходунках, коляске, условиях разгрузки (на подвеске), в форме ортопедической укладки, пассивных упражнений и др.

11) по интеграции междисциплинарных связей: художественно-музыкальные, хореографические танцевальные упражнения, упражнения формокоррекционной ритмопластики (работа с глиной), рисование, упражнения, связанные с ролевыми двигательными функциями в сказко-, драмо-, игротерапии, тематических игровых композициях и др., активизирующих мышление, речь, внимание, память, элементарные математические способности.

Аналогичными возможностями обладают все физические упражнения – бег, метание, прыжки, плавание, подвижные и спортивные игры и т.п. От адекватности подбора физических упражнений, рациональной организации условий и способов педагогических воздействий зависит успешность решения всего комплекса задач адаптивно К естественно-средовым факторам относятся использование воды, воздушных и солнечных ванн в целях укрепления здоровья, закаливания организма. Естественные силы природы усиливают положительный эффект физических упражнений. Для инвалидов купание, плавание, ходьба босиком по траве, песку, гальке, туризм, рыбалка, прогулки на лыжах, на велосипеде, на лодке, подвижные и спортивные игры на открытых площадках и другие виды рекреативной деятельности не только эмоциональны по содержанию, но и оказывают тренирующее и закаливующее действие, повышают сопротивляемость организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды, снижают частоту простудных заболеваний.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Академия, 2003. – 480 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 9

по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-4. ТЕМА 4.1. Методы формирования знаний и воспитания личности

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Общепедагогические (неспецифические) и специфические методы физического воспитания.
2. Общепедагогические методы: слова, наглядности, их характеристика.
3. Специфические методы физического воспитания: игровой, строго регламентированного упражнения, соревновательный, их характеристика.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Общепедагогические (неспецифические) и специфические методы физического воспитания.

В каждой группе методов можно выделить соответствующие подгруппы, виды и разновидности методов.

К специфическим методам физического воспитания относятся:

- а) методы строго регламентированного упражнения;
- б) метод использования упражнений в игровой форме (игровой метод);
- в) метод использования упражнений в соревновательной форме (соревновательный метод).

Неспецифические методы – это общепедагогические методы словесного и наглядного воздействия, используемые в единстве со специфическими

2. Общепедагогические методы: слова, наглядности, их характеристика.

Слово и организованная «чувственная информация» (направленная демонстрация реальных явлений или их образных отображений), как известно, составляют основу общепедагогических методов обучения и воспитания.

Методы использования слова. Непосредственно в процесс занятий физическими упражнениями включаются преимущественно те словесные методы, которые позволяют сохранять высокую моторную плотность занятий и органически связывать слово с движением. К ним относятся, в частности:

Инструктирование – точное, емкое словесное объяснение задания техники изучаемых действий или тренировочных упражнений правил их выполнения и т. д.

Сопроводительные пояснения – лаконичные комментарии и замечания, которыми сопровождают демонстрацию наглядных пособий и натуральных объектов или пользуются по ходу выполнения упражнений

занимающимися с целью направить и углубить восприятие, исправить или подчеркнуть те или иные стороны движений.

Указания и команды – специфические формы речевого воздействия, отличающиеся особой лаконичностью и повелительным наклоном. Они принадлежат к числу основных способов оперативного управления деятельностью занимающихся.

Словесные оценки – общепринятые или специальные категории речевого одобрения либо неодобрения («хорошо», «плохо», «на 7 баллов» и т. п.).

Словесные отчеты и взаиморазъяснения – устная информация, которую дают занимающиеся по требованию преподавателя или по собственной инициативе, стараясь по возможности точно и кратко сформулировать свои представления о полученном задании либо о выполненном упражнении.

«Самопроговаривание», самоприказы и другие основанные на внутренней речи методы самообучения и самовоспитания

Метод «самопроговаривания» часто заключается в описании с помощью внутренней речи общей картины предстоящих двигательных действий либо отдельных сторон их.

Метод самоприказов также основан на использовании связей между словом и движением, но внутренняя речь (в форме произносимых про себя отдельных фраз и слов-приказов, например, «сильнее», «резко», «плавно», «выше», «держаться») непосредственно включена в процесс выполнения двигательных действий как фактор самоуправления этим процессом.

Методы обеспечения наглядности.

Методы натуральной и опосредствованной демонстрации. К ним относится прежде всего *методически организованный показ самих упражнений* (в целом или по элементам, замедленно или в обычном темпе и т. д.). Для формирования предварительных представлений о двигательных действиях, правилах и условиях их выполнения, равно как для уточнения и углубления представлений, полученных путем непосредственного восприятия, широко пользуются вспомогательными средствами демонстрации. *Методы такой опосредствованной демонстрации* становятся все более разнообразными по мере совершенствования аппаратно-технической базы физического воспитания

Демонстрация наглядных пособий типа рисунков, схем, фотографий, контурограмм и т. п., где воссоздаются отдельные фазы двигательных действий, те или иные характеристики движений и условия их выполнения.

Предметно-модельная и макетная демонстрация – демонстрация, например, элементов техники физических упражнений с помощью муляжей-моделей человеческого тела или металлических моделей системы «тело гимнаста – снаряд»; демонстрация тактических комбинаций и ситуаций, возникающих при выполнении физических упражнений, на макете игровой площадки, слаломной трассы и т. д.

Кино- и видеомагнитофонная демонстрация (просмотр кинокольцовок, специальных учебных кинофильмов, видеомагнитофонных записей выполненных упражнений и т. п.). Одно из важнейших достоинств этого вида демонстрации состоит в возможности воссоздавать движения в динамике, в том числе в замедленном темпе, и вместе с тем выделять для анализа отдельные фазы. *Избирательно-сенсорная демонстрация*, т. е. воссоздание отдельных параметров движений (чаще всего временных и пространственно-временных) с помощью аппаратных устройств (метронома, магнитофона, системы электроламп с регулирующим устройством и др.), позволяющих воспринять зрительно или на слух эти параметры.

Методы направленного «прочувствования» движений. Хорошо известно, что чрезвычайно важную роль в управлении движениями играют проприорецепторы самого двигательного аппарата (мышечно-двигательный, или кинестетический, анализатор). Мышечные ощущения, поначалу мало определенные («темное мышечное чувство», по выражению И. М. Сеченова), уточняются в процессе освоения двигательных действий и занимают, в конечном счете, ведущее место в общем комплексе ощущений, составляющих сенсомоторную основу двигательных навыков.

Методы ориентирования. Это введение в обстановку действия предметных или символических ориентиров (мячей на подвесках, флажков, мишеней, щитов с разметкой, разграничительных линий в зале или на открытой площадке и т. д.), которые указывают направление, амплитуду и форму траектории движения, точку приложения усилий.

Методы лидирования и текущего сенсорного программирования. Идея лидирования при выполнении физических упражнений возникла и получила некоторое практическое воплощение довольно давно. Смысл ее в том, чтобы использовать по ходу упражнения некоторый внешний фактор, который бы стимулировал и направлял выполняющего упражнение, облегчая ему решение двигательной задачи в том или ином отношении.

Интересные перспективы открываются с использованием средств и методов текущего сенсорного программирования и коррекции упражнений прямо в процессе их выполнения

Методы «срочной информации». Идея срочной информации предусматривает экстренное получение выполняющим физические упражнения объективных сведений о ходе движений с целью коррекции их (в случае необходимости) или сохранения заданных параметров [5].

3. Специфические методы физического воспитания: игровой, строго регламентированного упражнения, соревновательный, их характеристика.

Игровой метод в физическом воспитании характеризуют в целом следующие черты.

«Сюжетная» организация. Деятельность играющих организуется в соответствии с образным или условным «сюжетом» (замыслом, планом игры), в котором предусматривается достижение определенной цели в условиях постоянного и в значительной мере случайного изменения ситуаций.

Разнообразие способов достижения цели и, как правило, комплексный характер деятельности.

Самостоятельность действий занимающихся, высокие требования к их инициативе, находчивости.

Моделирование напряженных межличностных и межгрупповых отношений, повышенная эмоциональность.

Вероятностное программирование действий и ограниченные возможности точного дозирования нагрузки. Игровой метод не позволяет строго предусмотреть состав действий и степень их влияния на занимающихся. Возможность достижения игровой цели различными способами, динамичность и высокая эмоциональность взаимодействий – все это исключает возможность точно регулировать нагрузку по величине и направленности.

Соревновательный метод в физическом воспитании. Особенности и область применения

Основная определяющая черта соревновательного метода – сопоставление сил в условиях упорядоченного соперничества, борьбы за первенство или возможно высокое достижение. Фактор соперничества в процессе состязаний, а также условия их организации и проведения создают особый эмоциональный и физиологический «фон», который усиливает воздействие физических упражнений и может способствовать максимальному проявлению функциональных возможностей организма.

Во время состязаний, особенно значимых в личном и общественном отношениях, ярко выражены моменты психической напряженности. Здесь постоянно действует фактор противодействия, противоборства, столкновения противоположно направленных интересов.

Соревновательный метод характеризуется **унификацией (приведением к некоторому единообразию) предмета состязания, порядка борьбы за победу и способов оценки достижения.** Он применяется при решении разнообразных педагогических задач — воспитании физических, волевых и моральных качеств, совершенствовании умений, навыков и способности рационально использовать их в усложненных условиях. Сравнительно с другими методами физического воспитания он позволяет предъявить наиболее высокие требования к функциональным возможностям организма и тем способствовать их наибольшему развитию.

Метод строго регламентированного упражнения – деятельность занимающихся организуется и регулируется с возможно полной регламентацией, которая состоит:

– в твердо предписанной программе движений (заранее обусловленный состав движений, порядок их повторения, изменения и связи друг с другом);

– в возможно точном дозировании нагрузки и управлении ее динамикой по ходу упражнения, а также в возможно четком нормировании интервалов отдыха и строго установленном порядке чередования их с фазами нагрузки;

– в создании или использовании внешних условий, облегчающих управление действиями занимающихся (построение и распределение группы на местах занятий, использование вспомогательных снарядов, тренажеров и других технических устройств, способствующих выполнению учебных заданий, дозированию нагрузки, контролю за ее воздействием и т. д.).

Суть состоит в том, что твердо определена программа движений и точно дозируется нагрузка. Использование этих методов предусматривает:

– выполнение упражнений в строго заданной форме;
– избирательное воздействие упражнений на различные части тела;
– строгое дозирование нагрузки и управление ее динамикой в ходе упражнения;

– избирательное развитие не только отдельных качеств, но и их компонентов;

– обеспечение индивидуализации в обучении.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.

2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.

3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.

4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.

5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева . - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.

б. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.

5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ. культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 10
по учебной дисциплине «Теория и организация адаптивной физической культуры при различных патологических состояниях»
(1 семестр)

М-4. ТЕМА 4.2. Методы обучения двигательным действиям

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Особенности использования различных методов и методических приемов в соответствии со структурой процесса формирования двигательных действий.
2. Разновидности метода строго регламентированного упражнения, используемые преимущественно при обучении двигательным действиям.
3. Развитие двигательных способностей, необходимых для осуществления двигательного действия как предпосылка к обучению.
4. Этапы разучивания двигательного действия.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Особенности использования различных методов и методических приемов в соответствии со структурой процесса формирования двигательных действий.

Метод – это такой способ воздействия на занимающихся, который позволяет решать задачи в различных условиях и с разным контингентом. Например: словесные методы воздействия применяются при ознакомлении, разучивании и совершенствовании двигательных действий как с детьми, так и со взрослыми. В теории и методике физического воспитания – это способ применения физических упражнений. Дает ответ на вопрос – КАК?

Каждый метод характеризуется совокупностью методических приемов.

Методический прием – способ решения конкретной задачи в конкретных условиях.

От методов и методических приемов следует отличать методику. Под *методикой* принято понимать систему средств и методов, направленных на достижение определенного результата в процессе физического воспитания. Например, выделяют методику воспитания физических качеств или методику обучения определенному двигательному действию (бегу, прыжкам в высоту и т.д.).

Методический подход – совокупность способов воздействия педагога на занимающихся, выбор которых обусловлен определенной научной концепцией, логикой организации и осуществлением процесса обучения, воспитания и развития.

В каждой группе методов можно выделить соответствующие подгруппы, виды и разновидности методов.

2. Разновидности метода строго регламентированного упражнения, используемые преимущественно при обучении двигательным действиям.

В методах строго регламентированного упражнения – о чем говорит уже их наименование – деятельность занимающихся организуется и регулируется с возможно полной регламентацией, которая состоит:

- в твердо предписанной программе движений (заранее обусловленный состав движений, порядок их повторения, изменения и связи друг с другом);
- в возможно точном дозировании нагрузки и управлении ее динамикой по ходу упражнения, а также в возможно четком нормировании интервалов отдыха и строго установленном порядке чередования их с фазами нагрузки;
- в создании или использовании внешних условий, облегчающих управление действиями занимающихся (построение и распределение группы на местах занятий, использование вспомогательных снарядов, тренажеров и других технических устройств, способствующих выполнению учебных заданий, дозированию нагрузки, контролю за ее воздействием и т. д.).

Суть состоит в том, что твердо определена программа движений и точно дозируется нагрузка. Использование этих методов предусматривает:

- выполнение упражнений в строго заданной форме;
- избирательное воздействие упражнений на различные части тела;
- строгое дозирование нагрузки и управление ее динамикой в ходе упражнения;
- избирательное развитие не только отдельных качеств, но и их компонентов;
- обеспечение индивидуализации в обучении.

Методы строго регламентированного упражнения позволяют изучать двигательное действие любой сложности и развивать двигательные способности до возможных пределов.

Условно их разделяют на **2 группы**:

- 1) преимущественно направленные на воспитание двигательных способностей;
- 2) методы обучения двигательным действиям.

В зависимости от способа освоения структуры двигательного действия в процессе разучивания методы подразделяются на:

- метод разучивания упражнения по частям (расчлененно-конструктивный);
- метод разучивания упражнения в целом (целостно - конструктивный);
- метод сопряженного воздействия.

Метод расчлененно-конструктивный предусматривает разучивание отдельных частей движения с последующим их соединением (например, гимнастические комбинации).

Преимущества данного метода:

1. Облегчает процесс усвоения действия. К цели ученик подходит постепенно, накапливая соответствующие умения. Оттачивается каждая деталь действия.

2. Занятие становится более конкретным. Успехи в чем-либо доставляют ученикам радость.

3. От многообразия подводящих упражнений занятия становятся интереснее.

4. Применение этого метода содействует быстрому восстановлению утраченных навыков

5. Метод незаменим при разучивании сложно координированных упражнений.

Недостаток метода заключается в том, что не всегда разученные элементы по частям удается соединить.

Метод целостно-конструктивного упражнения. Сущность его состоит в том, что техника двигательного действия осваивается с самого начала в целостной структуре без расчленения на части. Целостный метод позволяет разучить структурно несложные движения (например, бег, метания, ловля предмета) и применяется на любом этапе обучения. Целостным методом возможно осваивать отдельные детали, элементы или фазы не изолированно, а в общей структуре движения, путем акцентирования внимания учеников на необходимых частях техники.

Недостаток этого метода заключается в том, что в неконтролируемых фазах возможно закрепление ошибок. Следовательно, при освоении упражнений со сложной структурой его применение нежелательно.

На этапах совершенствования двигательных действий особое значение имеет улучшение их качественной основы с одновременной отшлифовкой свойственных им форм. Ведущую роль здесь приобретают методы, которые характеризуются целостным выполнением действия в условиях дополнительных нагрузок, позволяющих стимулировать развитие двигательных способностей без нарушения структуры движений, – так называемые *методы сопряженного воздействия* [6].

3. Развитие двигательных способностей, необходимых для осуществления двигательного действия как предпосылка к обучению.

В основе методов, направленных на развитие двигательных способностей лежит *определенный порядок сочетания и регулирования параметров нагрузки: интенсивность, продолжительность, количество повторений, интервалов и характера отдыха.* Они направлены на достижение и закрепление адаптационных перестроек в организме. Методы этой группы можно разделить на методы со стандартными и вариативными (переменными) нагрузками.

Нагрузка бывает стандартной и переменной. Первая одинакова по своим внешним параметрам в каждый момент времени, а вторая меняется по ходу выполнения упражнения.

Нагрузка может иметь *непрерывный* и *прерывный* характер. В первом случае при выполнении упражнения отсутствуют интервалы отдыха, во втором – между повторениями упражнения имеются интервалы отдыха, обеспечивающие восстановление уровня работоспособности человека.

Методы стандартного упражнения в режиме непрерывной и интервальной нагрузки.

Часть методов стандартно-повторного упражнения характеризуется непрерывным выполнением заданной физической работы (методы стандартного непрерывного упражнения), а часть – чередованием дозированной нагрузки с интервалами отдыха (методы стандартного интервального упражнения).

Методы стандартного непрерывного упражнения рассчитаны, прежде всего, на воспитание выносливости. Один из наиболее распространенных методов этого типа – *метод длительного равномерного упражнения* («равномерной тренировки»).

Методы стандартного интервального упражнения характеризуются повторным воспроизведением действий через относительно постоянные интервалы отдыха

Методы переменного упражнения в режиме непрерывной и интервальной нагрузки.

Отличительная черта всех методов переменного упражнения – направленное изменение воздействующих факторов по ходу упражнения.

Методы переменного непрерывного упражнения, так же, как и методы стандартного непрерывного упражнения, применяются большей частью на основе естественно-циклических движений.

Методы переменного интервального упражнения, более разнообразны их характеризует системное чередование нагрузки и отдыха, причем как нагрузка, так и отдых могут изменяться в различных отношениях, что существенно расширяет возможность целесообразного воздействия на различные функциональные свойства организма.

Комбинированные методы упражнения.

В принципе возможны самые разнообразные варианты комбинирования элементов, характеризующих отдельные методы: элементы стандартизации нагрузки могут сочетаться в различном порядке с изменением тех или иных ее компонентов, непрерывность одних фаз упражнения сменяться интервалами отдыха в процессе упражнения и т. д. Соответственно велико и число комбинированных методов.

Круговая тренировка – комплексная организационно-методическая форма занятий, включающая ряд частных методов строго регламентированного упражнения. Основу круговой тренировки составляет серийное (слитное или с интервалами) повторение упражнений, подобранных и объединенных в комплекс в соответствии с определенной схемой – *«символом круговой тренировки»* – и выполняемых в порядке последовательной смены «станций» (мест для каждого из упражнений с соответствующим оборудованием), которые располагаются в зале или на площадке по замкнутому контуру в виде круга либо аналогичной фигуры. На каждой «станции» (обычно их 8–10) повторяется один вид движений или действий (приседания с отягощением, отжимание в упоре, подтягивания, наклоны и т. д.). Большинство из них имеет относительно локальный или

региональный характер, т. е. воздействует преимущественно на определенную мышечную группу (мышцы нижних конечностей, пояса, верхних конечностей, передней или задней поверхностей тела); как правило, в «круг» включаются также 1–2 упражнения общего воздействия. Число повторений на каждой «станции» устанавливают индивидуально в зависимости от показателей так называемого «максимального теста» (МТ) – предварительного испытания на индивидуально доступное предельное число повторений. Часто в качестве тренировочной нормы берут $\frac{1}{2}$ или $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ МТ.

Круговая тренировка имеет ряд методических вариантов, рассчитанных на комплексное воспитание различных физических качеств. К основным вариантам относятся:

– круговая тренировка по методу длительного непрерывного упражнения (преимущественная направленность на воспитание общей выносливости);

– круговая тренировка по методу интервального упражнения с жесткими интервалами отдыха (преимущественная направленность на воспитание силовой и скоростно-силовой выносливости);

– круговая тренировка по методу интервального упражнения с ординарными интервалами отдыха (преимущественная направленность на воспитание силовых и скоростных способностей в сочетании с другими компонентами физической работоспособности).

4. Этапы разучивания двигательного действия.

Этапы обучения двигательным действиям:

1 Этап. Начального изучения двигательного действия (формирование двигательного умения).

2 Этап. Углубленного изучения двигательного действия (формирование двигательного навыка).

3 Этап. Закрепления и совершенствования двигательного действия.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.

2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И.

Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.

3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.

4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.

5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.

6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.

5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ. культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 12
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-6. ТЕМА 6.1. Адаптивная физическая культура – неспецифический, патогенетический и функциональный метод коррекции и профилактики патологических состояний

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Особенности адаптивной физической культуры как терапевтического метода.
2. Неспецифическое действие физических упражнений на организм человека.
3. Принцип управляемости – основа функционального воздействия физических упражнений.
4. Сущность патогенетического действия физических упражнений при различных заболеваниях.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Адаптивная физическая культура (АФК) – это комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде инвалидов, преодоление психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценной жизни, а также сознанию необходимости своего личного вклада в социальное развитие общества.

Адаптивная физическая культура базируется как минимум на трех областях знания – физической культуре, медицине, коррекционной педагогике и большом количестве медико-биологических и социально-психологических учебных и научных дисциплин. При этом в ее содержании не только обобщаются сведения перечисленных областей и дисциплин, но и формируются, по сути, новые знания, являющиеся результатом взаимопроникновения, взаимообогащения и взаиморазвития знаний этих областей и дисциплин, причем со своим теоретико-методическим и эмпирическим основанием, позволяющим решать конкретные цели и задачи адаптивной физической культуры и ее основных видов.

Адаптивная физическая культура :

- лечебно-профилактическое средство,
- лечебно-воспитательное средство,
- метод естественно-биологического содержания,
- метод неспецифической терапии,

- метод патогенетической терапии,
- метод активной функциональной терапии,
- метод первичной и вторичной профилактики,
- метод восстановительной терапии.

Цель восстановления – эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека. Восстановление следует рассматривать как сложный социально-медицинский процесс.

Восстановление можно подразделить на несколько видов: медицинское, физическое, психологическое, профессиональное (трудовое) и социально-экономическое.



Именно своей ориентацией на хронических больных и инвалидов адаптивная физическая культура отличается от одного из разделов (видов) общей физической культуры, который называется оздоровительно-реабилитационная, или лечебная физическая культура, или двигательная реабилитация. Данный раздел в качестве главной цели предусматривает «восстановление временно утраченных функций после заболевания, травм и т. д.».

Адаптивная физическая культура включает в себя и адаптивную физическую реабилитацию (для инвалидов и лиц с ограниченными функциональными возможностями). В данном случае физическая реабилитация может использоваться, например, в работе с инвалидами-ампутантами по восстановлению временно утраченных функций тех или иных сохранных конечностей, внутренних органов, сенсорных систем и т. п., однако этим отнюдь не исчерпываются огромные потенциальные возможности инвалидов по участию в других видах и формах физкультурно-спортивной деятельности, которые, как правило, выпадают из поля зрения специалистов (медиков, психологов, педагогов, социальных работников, юристов и др.).

Адаптивная физическая культура позволяет удовлетворить биологические и социальные потребности каждого конкретного человека с отклонениями в состоянии здоровья (в том числе и людей, имеющих инвалидность), а не только государства, общественных институтов и организаций в деле подготовки подрастающего поколения к труду и защите своей Родины. При этом адаптивная физическая культура опирается на важный социальный и этнологический принцип человечества, утверждающий универсальный характер состязательности, соперничества, соревновательности в духовной, интеллектуальной и физической культуре. Наиболее фундаментальное, сущностное в человеке представлено в виде сопоставления, сравнения с другим индивидуумом и составляет сущность адаптивного спорта, красной нитью пронизывает практически все виды адаптивной физической культуры. Крайне важно то, что соревнование предполагает обязательную оценку и протекает в рамках тотального соперничества как себялюбие. Именно это определяет огромный социализирующий и воспитательный потенциал адаптивной физической культуры и, особенно, адаптивного спорта.

Признание человека как высшей ценности, независимо от наличия у него отклонений в состоянии здоровья, принятие его как уникального равноправного члена общества, а также обязанностей государства по созданию особых условий для его воспитания, развития, творческой самореализации – основа для формирования отношений с ним в процессе занятий адаптивной физической культурой.

Вся работа тренера, педагога, учителя адаптивной физической культуры должна осуществляться с учетом и исходя из конечных целей индивидуального существования человека с отклонениями в состоянии здоровья, определяющих всю систему его жизненных установок – аксиологической концепции его жизни, а также с обязательным выполнением правила «здесь и сейчас», предписывающего исходить из реальной ситуации – материальных возможностей, возрастных и гендерных особенностей занимающихся, их состояния здоровья, национально-этнической специфики, менталитета, климатогеографических и ряда других факторов.

В работе же с детьми первостепенное значение имеет формирование у них ценностной (аксиологической) концепции их жизни, в которой должны быть установки на здоровый образ жизни и самоактуализацию, максимально возможное самовыражение в любом виде человеческой деятельности.

Это позволяет мобилизовать ресурсы свободной, одухотворенной, нравственной личности к саморазвитию, самовоспитанию, творчеству во всех сферах жизнедеятельности, включая адаптивное физическое воспитание и адаптивный спорт.

Человек с отклонениями в состоянии здоровья, в том числе имеющий инвалидность, рассматривается в адаптивной физической культуре как принципиально неделимое и целостное единство, как индивид, в котором интегрируется биологическое и духовное, психосоматическое и социокультурное начала. Принципиально неприемлемым является так называемый дихотомический подход к изучению его сущности, когда он «расчленяется» на отдельные субстанции, определяемые методами исследования конкретных наук. В адаптивной физической культуре как в сфере социальной практики акцент делается не только на «физическое совершенствование занимающихся», «формирование физической готовности к жизни», но и на их всестороннее развитие и совершенствование (физическое, интеллектуальное, нравственное, эмоционально-волевое, эстетическое и др.) в процессе занятий физическими упражнениями.

В качестве ведущего подхода, определяющего стратегию работы в адаптивной физической культуре, является подход, получивший наименование «на встречу природе», и в соответствии с которым основное внимание тренера, педагога, учителя должно быть направлено на развитие тех качеств и способностей занимающихся, к которым у них наблюдается генетическая предрасположенность, а не на «подтягивание слабых звеньев», отстающих от среднестатистических норм.

Адаптивная физическая культура представляет собой более емкий разнообразный вид деятельности, по сравнению с лечебной физической культурой. Она является открытой для возможного появления новых видов адаптивной физической культуры, а в настоящее время объединяет в себе, помимо названных видов, адаптивный спорт, адаптивную двигательную рекреацию, адаптивное физическое воспитание учащихся и студентов специальных медицинских групп общеобразовательных организаций и образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования, креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные и экстремальные виды двигательной активности человека.

Чтобы наглядно представить поле научных проблем АФК, воспользуемся геометрическим образом – декартовой системой координат (рис. 3). На одной оси поместим компоненты (виды) АФК – адаптивное физическое воспитание (АФВ), адаптивный спорт (АС), адаптивную двигательную рекреацию (АДР), физическую реабилитацию (ФР), креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики (КТОП), экстремальные виды двигательной активности (ЭВДА) и др. На второй оси – вид (профиль, нозологическую группу) заболевания или инвалидности – зрение (З), слух (Сл.), опорно-двигательный аппарат (ОДА), речь (Р), интеллект (И), психику (П), соматические заболевания (СЗ), сочетания различных заболеваний (СРЗ). На третьей – возрастные периоды жизни человека (возраст).

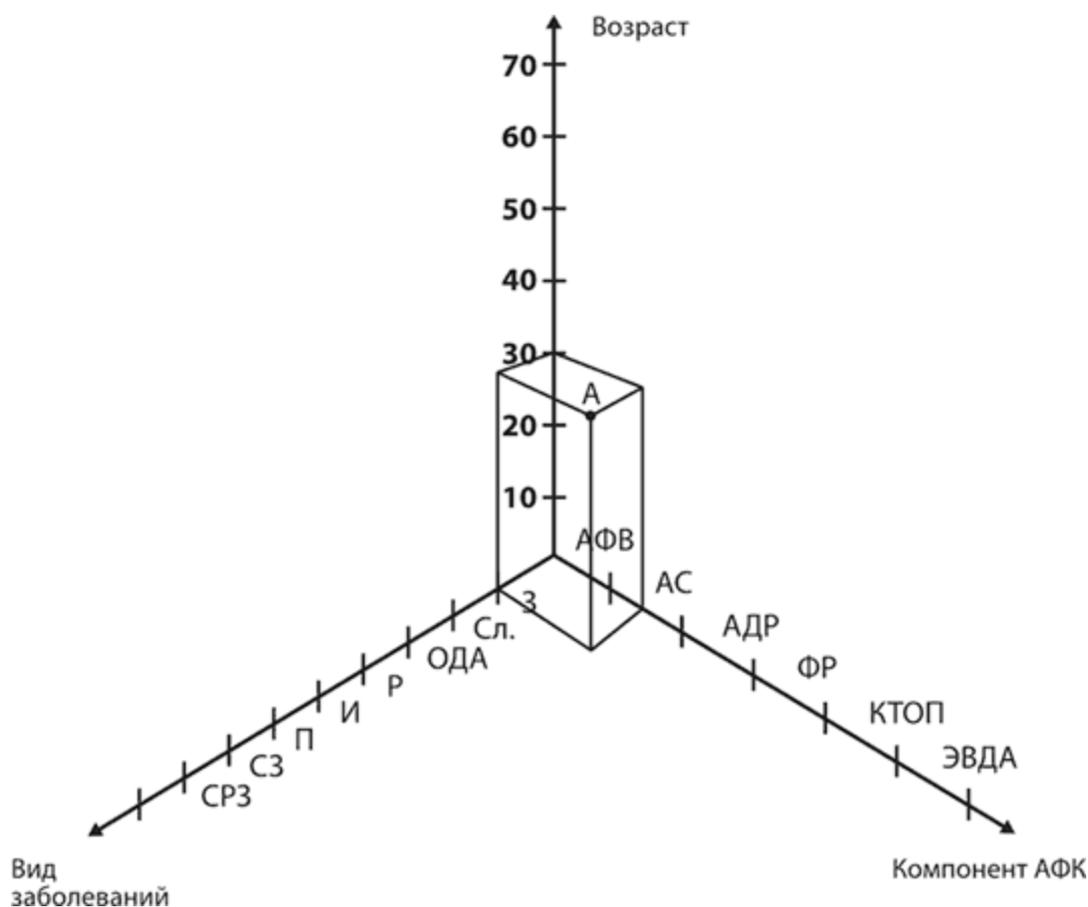


Рис. Пространство научных проблем адаптивной физической культуры (см. сокращения в тексте): точка *A* – проблема адаптивного спорта у инвалидов по зрению в возрасте 30 лет

Каждая точка пространства в данной системе координат будет представлять собой проблему использования движений для развития и совершенствования инвалида с учетом его возраста и особенностей заболевания (например, точка *A* представляет собой проблему, вернее комплекс проблем, адаптивного спорта у инвалидов по зрению в возрасте 30 лет).

«Заполнение» данного пространства конкретными рекомендациями и технологиями сопряжено с необходимостью проведения фундаментальных комплексных научных исследований, преодолением устоявшихся стереотипов лечения больных и инвалидов преимущественно фармакологическими средствами.

В адаптивной физической культуре реализуется несколько видов профессиональной деятельности, главными из которых являются:

- педагогическая и тренерская;
- методическая;
- спортивная;
- организаторская.

Требования к педагогической и тренерской деятельности изложены в профессиональных стандартах: «тренер-преподаватель по адаптивной физической культуре и спорту» и «тренер»; к методической – в профессиональных

стандартах: «инструктор-методист»; к спортивной: «спортсмен» и к организаторской: «руководитель физкультурно-спортивной организации», «спортивный судья» и «сопровождающий лиц, нуждающихся в социальной защите».

Учитывая то, что объектом деятельности по адаптивной физической культуре являются лица с отклонениями в состоянии здоровья, в том числе инвалиды, рассмотрим в наиболее общем виде их особенности. К ним относятся лица с поражением зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, центральной и периферической нервной системы, со сложными (сочетанными) формами поражения. Они также имеют возрастные и гендерные особенности, различную степень тяжести и структуру поражения, отличия по времени его возникновения, причинам и характеру протекания заболевания, реакциям организма на лечебные и реабилитационные воздействия, медицинским перспективам и прогнозам.

Полная или частичная потеря зрения приводит к нарушению пространственного образа окружающей среды, чувственного познания мира, самоконтроля и саморегуляции. У детей наблюдается ряд сопутствующих заболеваний: минимальная мозговая дисфункция, пиелонефриты, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем, неврозы. Кроме того, для таких детей типичными являются следующие вторичные нарушения: искривления позвоночника, деформации стопы, недостаточное развитие дыхательной мускулатуры, слабость мышечной системы.

Полная или частичная потеря слуха обуславливает ограничение внешней информации, искажает восприятие ее смысла, затрудняет общение, осложняет условия психомоторного развития, вызывает негативные эмоции и стрессовые реакции, приводит к нарушению речи, вплоть до полного ее отсутствия. Для двигательной сферы типичны нарушения точности движений, статического и динамического равновесия, пространственной ориентировки, способности усваивать тот или иной ритм движений.

У детей с последствиями детского церебрального паралича (ДЦП) в наибольшей степени поражена двигательная сфера: нарушение координации движений, опороспособности, равновесия, ориентировки в пространстве, тонуса мышц (гипертонус); развитие контрактур, атрофии мышц, несформированности локомоторных актов, низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость.

Каждый вид поражения имеет типичные сопутствующие заболевания, вторичные нарушения, специфические особенности сохраненных функций и систем организма, которые необходимо учитывать в работе с данной категорией лиц..

Приобретенная в течение жизни инвалидность и стойкая потеря функций, как правило, сопровождаются психологическими комплексами: неполноценностью, утратой уверенности в себе, пассивностью, в ряде случаев эгоизмом, вплоть до эгоцентризма, агрессивностью к близким и бывшим коллегам по работе, а иногда и антисоциальными поступками.

У детей с ограниченными возможностями здоровья наблюдается замедление развития (ретардация), уменьшение естественных потребностей ребенка

в движении, игре, эмоциях, общении. Все это осложняет процессы их обучения и воспитания, приводит к отставанию от своих здоровых сверстников по уровню физического развития и физической подготовленности на 1–3 года и более.

У детей с интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью) недоразвитыми являются не только нервно-психические функции, но и сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, костная, мышечная, эндокринная, сенсорная системы, а также высшие психические функции: речь, мышление, внимание, память, эмоции.

У детей с ампутациями (или врожденным недоразвитием) конечностей уменьшена масса тела, сосудистое русло, рецепторные поля, нарушены функции опоры и ходьбы, координации движений.

Ампутация, или отсутствие конечностей, приводит к снижению центральных регуляторных функций организма, дегенеративному изменению нервно-мышечного аппарата, нарушению обменных процессов, ухудшению работы вегетативных функций: кровообращения, дыхания, пищеварения и др. Все это приводит к отставанию темпов физического и психического развития, дефициту положительных эмоций, изменению сознания, поведения, социальной активности.

Краткая характеристика объекта педагогических воздействий позволяет выделить наиболее типичные двигательные расстройства, характерные для всех нозологических групп:

- вынужденное снижение двигательной активности как фактор гипокинезии, что проявляется в сокращении объема и интенсивности двигательной деятельности, снижении энергетических затрат на мышечную работу;

- ухудшение жизненно необходимых физических качеств: мышечной силы, быстроты, мощности движений, выносливости, ловкости, подвижности в суставах;

- нарушение осанки, деформацию стопы, позвоночника, слабость «мышечного корсета»;

- нарушение координационных способностей: быстроты реакции, точности, темпа, ритма, согласованности микро- и макромоторики, дифференцировки усилий, времени и пространства, равновесия и устойчивости к вестибулярным раздражителям, ориентировки в пространстве, расслабления и др., которые негативно отражаются на качестве движений (включая основные локомоции – ходьбу и бег), необходимые в учебной, трудовой, бытовой, спортивной деятельности (Л. В. Шапкова).

Таким образом, данные о состоянии здоровья, особенностях физического и психического развития, вторичных нарушениях, вызванных первичным дефектом и факторами вынужденной гиподинамии, носят достаточно обобщенный характер. Указанные диагностические показатели могут служить ориентирами при разработке различных программ адаптивной физической культуры.

У человека с отклонениями в физическом или психическом здоровье адаптивная физкультура формирует:

- осознанное отношение к своим силам в сравнении с силами среднестатистического здорового человека;
- способность к преодолению не только физических, но и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни;
- компенсаторные навыки, то есть позволяет использовать функции разных систем и органов вместо отсутствующих или нарушенных;
- способность к преодолению необходимых для полноценного функционирования в обществе физических нагрузок;
- потребность быть здоровым, насколько это возможно, и вести здоровый образ жизни;
- осознание необходимости своего личного вклада в жизнь общества;
- желание улучшать свои личностные качества;
- стремление к повышению умственной и физической работоспособности.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 13
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-6. ТЕМА 6.2. Физиологические основы корректирующего действия физической культуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Физиологическое и терапевтическое действие физических упражнений.
2. Сущность нейрогуморальной регуляции.
3. Роль адаптивной физической культуры в восстановлении нарушенных функций организма, возникших при инвалидизации.
4. Основные механизмы корректирующего действия физических упражнений.
5. Тонизирующее действие физических упражнений на центральную нервную систему, моторно-висцеральные рефлексы, обмен веществ.
6. Трофическое, нормализующее действие физических упражнений на организм больного человека.
7. Сущность механизма компенсации функции.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

В организме инвалида происходят различные структурные и функциональные нарушения. Вынужденная длительная гиподинамия может ухудшить течение инвалидизации и вызвать ряд осложнений. С одной стороны, АФК оказывает непосредственное лечебное действие (стимулируя защитные механизмы, ускоряя и совершенствуя развитие компенсаций, изменяя обмен веществ, улучшая репаративные процессы, восстанавливая нарушенные функции), с другой – уменьшает неблагоприятные последствия сниженной двигательной активности

Здоровый организм обладает высокой способностью приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды. При заболеваниях и инвалидности наблюдается подавление и ослабление приспособительных реакций. Сознательная физическая тренировка, посредством которой стимулируются физиологические процессы, увеличивает возможность больного организма к развитию приспособительных процессов. Полнота приспособления и есть полнота здоровья.

В развитии приспособительных реакций под влиянием дозированной физической тренировки ведущую роль играет нервная система. Нервная регуляция деятельности организма осуществляется посредством рефлексов. Воздействия внешнего мира воспринимаются экстерорецепторами (зрительным, слуховым,

тактильным и др.); возникающие возбуждения в виде импульсов достигают больших полушарий мозга и воспринимаются в форме различных ощущений. Центральная нервная система (ЦНС) формирует ответную реакцию. Такое же рефлекторное взаимодействие существует между внутренними органами и ЦНС. Импульсы от рецепторов внутренних органов (интерорецепторов) также поступают в нервные центры, сигнализируя об интенсивности функций и состоянии органа. Проприоцептивные импульсы с рецепторов мышц, связок, сухожилий поступают в ЦНС (кору больших полушарий, подкорковые центры, ретикулярную формацию ствола мозга) и посредством рефлексов через центры вегетативной нервной системы регулируют деятельность внутренних органов и обмен веществ. Эту взаимосвязь объясняет теория моторно-висцеральных рефлексов, разработанная М.Р.Могендовичем.

В оценке физиологического действия физических упражнений необходимо учитывать их влияние на эмоциональное состояние больного. Положительные эмоции, возникающие в процессе занятий физическими упражнениями, стимулируют физиологические процессы в организме больного и одновременно отвлекают его от болезненных переживаний, что имеет важное значение для успеха лечения и реабилитации.

Помимо ведущего значения нервного механизма регуляции физиологических функций, большую роль играет гуморальный механизм. При выполнении мышечной работы в кровь выделяются гормоны (адреналин и др.), которые оказывают стимулирующее действие на работу сердца; метаболиты, образующиеся в мышцах, расширяют артериолы, снабжающие эти мышцы кровью. Химически активные вещества оказывают влияние на нервную систему. Такое взаимодействие нервных и гуморальных влияний обеспечивает общую благоприятную реакцию организма больного человека на различные виды физических нагрузок.

В.К.Добровольскому принадлежит приоритет в обосновании механизмов лечебного действия физических упражнений: тонизирующего влияния, трофического действия, формирования компенсаций и нормализации функций.

■ Физические упражнения оказывают на организм тонизирующее (стимулирующее), трофическое, компенсаторное и нормализующее действие, заключается в изменении интенсивности биологических процессов в организме под влиянием дозированной физической нагрузки.

■ Это может быть как усиление процессов возбуждения в ЦНС (гипотоническая болезнь), так и усиление процессов торможения (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-п кишки).

Это зависит от заболевания и степени его выраженности.

Тонизирующее (стимулирующее) действие физических упражнений. При заболевании организм находится в особенно неблагоприятных условиях как из-за нарушения функций, обусловленного патологическим процессом, так и вследствие вынужденной гипокинезии, ухудшающей состояние больного и способствующей прогрессированию болезни. Тонизирующее действие физических

упражнений выражается прежде всего в стимуляции моторно-висцеральных рефлексов. Усиление афферентной импульсации проприоцепторов стимулирует клеточный метаболизм в нейронах центрального звена двигательного анализатора, вследствие чего усиливается трофическое влияние ЦНС на скелетную мускулатуру и внутренние органы, т.е. на весь организм.

Влияние регулярных занятий физическими упражнениями на сердечно-сосудистую систему выражается в тренировке всех основных и вспомогательных факторов гемодинамики. Возрастает сократительная функция миокарда за счет усиления питания мышцы сердца во время выполнения физических упражнений; активизируется регионарный кровоток; вводятся в действие дополнительные (дежурные) капилляры и др. Вследствие этого усиливаются окислительно-восстановительные процессы в миокарде, увеличивается его сократительная функция за счет более полноценной диастолы, обусловленной увеличением массы циркулирующей крови при мышечной работе за счет выхода крови из депо.

Стимуляция центральной регуляции сосудистого тонуса при мышечной нагрузке ведет к активизации и второго фактора гемодинамики — экстракардиального. Значительному усилению венозного кровообращения способствуют группа вспомогательных факторов гемодинамики, включающаяся при мышечной работе, дыхательные движения грудной клетки и диафрагмы, изменение внутрибрюшного давления, ритмичные сокращения и расслабления скелетной мускулатуры и др. Именно эти виды упражнений широко используются в ЛФК. Таким образом, физические упражнения являются эффективным фактором улучшения гемодинамики, усиления адаптации сердечно-сосудистой системы к возрастающим физическим нагрузкам и повышения ее функциональной способности.

Физические упражнения следует оценивать и в плане их общеразвивающего, общетонизирующего воздействия. Известно, что под влиянием тренировки повышается устойчивость организма к действию экстремальных факторов — гипоксии, перегревания, проникающей радиации, некоторых токсических веществ, перегрузки при действии ускорений и т.п. Стимулирующий эффект физических упражнений используется и для повышения неспецифической сопротивляемости организма больного. Установлено, что раннее включение собственных приспособительных реакций в ответ на раздражитель в виде физических упражнений во многом определяет быстроту выздоровления и полноту последующей реабилитации.

Систематическое применение физических упражнений ведет к выраженному повышению адаптации всего организма к меняющимся условиям внешней среды (в частности, к физическим нагрузкам), возрастанию функциональной способности опорно-двигательного аппарата, систем дыхания, кровообращения и др. Тренированность организма способствует уменьшению или исчезновению субъективных проявлений заболевания, значительно улучшает физическое состояние и работоспособность больных.

Помимо общетонизирующего воздействия, физические упражнения оказывают направленное действие, стимулируя преимущественно функции определенных органов систем: например, упражнения в крупных суставах нижних конечностей, повороты туловища, упражнения для мышц брюшного пресса усиливают перистальтику кишечника. Широкое использование в занятиях, например при предоперационной подготовке больного, дыхательных упражнений ведет к улучшению функции внешнего дыхания, дренированию полостей в легких, укреплению основных дыхательных мышц и др.

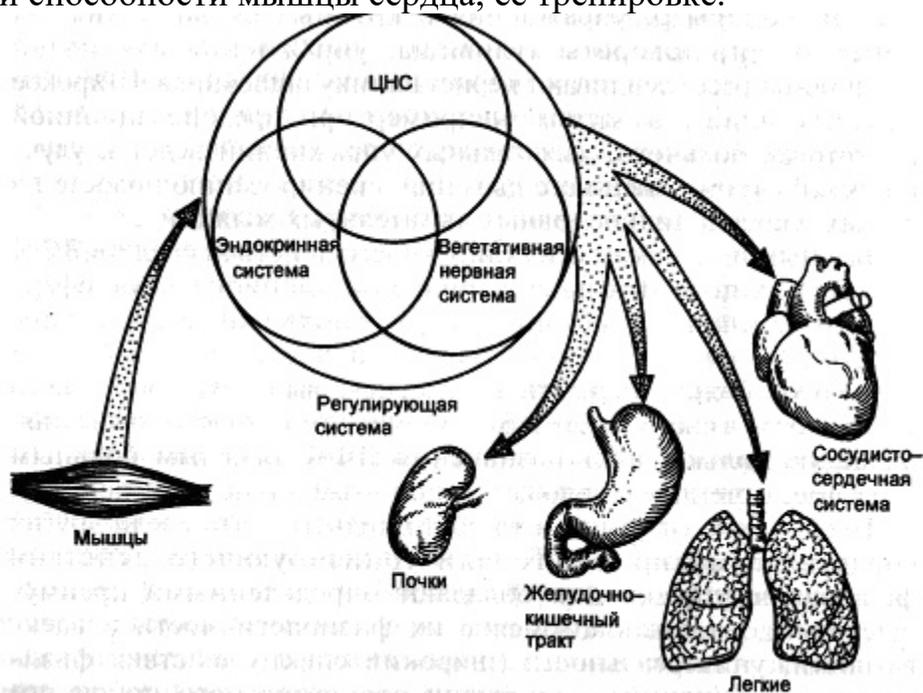
Важным признаком стимулирующего действия средств ЛФК является их положительное влияние на эмоциональную сферу больного. Физические упражнения, подвижные игры способствуют снятию своеобразного психического тормоза, не позволяют больному «уйти в болезнь», вырабатывают у него уверенность в своих силах и благоприятном исходе заболевания. Зачастую только факт назначения ЛФК тяжелым больным оказывает отчетливое положительное воздействие на их психику. Необходимо отметить и то обстоятельство, что среди других средств стимулирующего или тонизирующего действия физические упражнения обладают определенными преимуществами, заключающимися в их физиологичности и адекватности, универсальности (широкий спектр действия физических упражнений), отсутствии отрицательного побочного действия (при правильной дозировке нагрузки и рациональной методике занятий), возможности длительного применения, которое практически не имеет ограничений, переходя из нечетного в профилактическое и общеоздоровительное.

Трофическое действие физических упражнений. Одним из механизмов физиологического регулирования тканевого метаболизма являются трофические рефлексы. Трофическую функцию выполняют различные отделы ЦНС, в том числе кора большого мозга и гипоталамус. Известно, что реализация любого вида нервной деятельности — от простого рефлекторного акта до сложных форм поведения — связана с изменением уровня обменных процессов, особенно в тех случаях, когда в качестве исполнительного эффекторного механизма выступает опорно-двигательный аппарат. Информация, исходящая от проприоцепторов последнего, обладает высоким уровнем трофического влияния на все органы, в том числе на клетки нервной системы (рис.).

Функциональная пластичность и адаптация проприоцепторов к повседневным потребностям организма обеспечиваются специальным рефлекторным механизмом. Существует симпатическая (по Л.А.Орбели) иннервация мышечных рецепторов. афферентные импульсы, идущие по этим нервам к рецепторам, оказывают трофическое действие, регулируя таким образом их возбудимость. В свою очередь функциональная активность проприоцепторов определяет интенсивность их рефлекторно-трофических влияний на различные системы организма.

При дефиците тонизирующих и стимулирующих влияний ЦНС снижаются тонус скелетной мускулатуры и частота проприоцептивной импульсации, что в

свою очередь сказывается на нервной трофике. Проприоцептивная импульсация, усиливающаяся при выполнении физических упражнений, разрывает порочный круг, стимулирует нервную трофику и восстанавливает нормальное соотношение между опорно-двигательным аппаратом и физиологическими системами организма (дыхательной, сердечно-сосудистой и др.). Активизирующаяся проприоцепция (изотонический и изометрический режим работы) изменяет функциональное состояние нервных центров, регулирующих работу внутренних органов. Эта перестройка сохраняется и усиливается, благоприятствуя трофике и работоспособности мышц, и не только скелетных, но и внутренних органов, особенно миокарда. Именно трофические процессы способствуют повышению функциональной способности мышцы сердца, ее тренировке.



Взаимодействие опорно-двигательного аппарата с внутренними органами.

Общеизвестно трофическое влияние физических упражнений в фазе формирования регенерата, замещающего дефект. В основе его лежит активизация пластических процессов при повышенной доставке белков, обеспечивающей компенсацию затрат энергии на мышечную работу. Лечебное применение физических упражнений не только стимулирует трофические процессы, но и, направляя его по функциональному руслу, способствует формированию наиболее полноценной структуры регенерата.

Трофическое действие физических упражнений может проявиться в виде регенерационной, или компенсаторной, гипертрофии. Регенерационная гипертрофия протекает в виде более интенсивной физиологической реакции тканевых элементов. Например, активные мышечные нагрузки у больных с травматическим повреждением нижних конечностей ведут к усилению нервно-трофиче-

ского влияния на определенную группу мышц, активизации системы РНК – белок, усилению белкового синтеза и снижению распада (особенно миофибриллярных белков), возрастанию мощности систем анаэробного и особенно аэробного синтеза за счет усиления утилизации липидов и углеводов. Увеличение функциональной нагрузки (по оси трубчатой кости) усиливает гидродинамическое влияние упругих деформаций кости на микроциркуляцию и трофику тканей и приводит к преобладанию костеобразовательных процессов. Трофическое действие физических упражнений проявляется в снижении мышечного напряжения при различных синдромах остеохондроза позвоночника, сколиозе и других заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Например, при остеохондрозе позвоночника мышечное напряжение сопровождается, во-первых, ухудшением кровоснабжения мышц, вовлеченных в патологический процесс; во-вторых, усилением компрессии нервных корешков и сосудистых образований, проходящих в межпозвоночном отверстии, усугубляя тем самым клинические проявления болезни. Физические упражнения, направленные на расслабление определенных мышечных групп, способствуют улучшению в них микроциркуляции, уменьшают степень компрессии нервно-сосудистых образований. В целом, это способствует профилактике прогрессирования дегенеративно-дистрофических процессов в мышцах и тканях, окружающих позвоночник.

Формирование компенсаций это временное или постоянное замещение нарушенных функций.

■ Временные – приспособления организма на определенный период (болезни или выздоровления).

■ Постоянные – необходимы при безвозвратной утрате или резком нарушении функции.

При заболеваниях и повреждениях центральной и периферической нервной системы нарушения функции мышц (парезы, параличи) могут вызвать развитие тугоподвижности в суставах, контрактур. При длительном отсутствии активных движений в суставах в них развиваются вторичные изменения, в свою очередь уменьшающие амплитуду движений. В процессе выполнения специальных физических упражнений улучшается крово- и лимфообращение в околосуставных тканях, увеличивается подвижность, что в свою очередь ведет к более полноценному функциональному восстановлению всей конечности. Используя таким образом висцеро-висцеральные и моторно-висцеральные взаимоотношения, можно так подобрать физические упражнения, чтобы их трофическое действие локализовалось именно в конкретной области или органе.

Формирование компенсаций. Компенсация представляет собой временное или постоянное замещение нарушенных функций. Компенсаторные процессы имеют два этапа: срочной и долговременной компенсации. Так, например, при травматическом повреждении правой руки больной немедленно начинает использовать в различных бытовых операциях левую руку. Эта срочная компенсация важна в экстремальных ситуациях, однако она заведомо несовершенна. В

дальнейшем в результате тренировки физическими упражнениями и формирования в головном мозге системы новых структурно закрепленных временных связей развиваются навыки, обеспечивающие долговременную компенсацию — относительно совершенное выполнение левой рукой бытовых манипуляций, обычно выполняемых правой.

В результате изучения компенсаторных процессов при нарушении двигательных функций и функций внутренних органов академик П.К.Анохин сформулировал несколько общих принципов, характеризующих процесс формирования функциональных систем, которые компенсируют дефект. Эти принципы могут быть применены к компенсаторным процессам при повреждении различных органов. Например, повреждение нижней конечности вызывает нарушение равновесия и ходьбы. Это влечет за собой изменение сигнализации от рецепторов вестибулярного аппарата, проприоцепторов мышц, рецепторов кожи конечностей и туловища, а также зрительных рецепторов (принцип сигнализации дефекта). В результате переработки этой информации в ЦНС функция определенных моторных центров и мышечных групп меняется таким образом, чтобы восстановить в той или иной мере равновесие и сохранить возможность передвижения, хотя и в измененном виде. По мере увеличения степени повреждения сигнализация о дефекте может нарастать, и тогда в компенсаторные процессы вовлекаются новые области ЦНС и соответствующие им мышечные группы (принцип прогрессирующей мобилизации запасных компенсаторных механизмов). В дальнейшем по мере эффективной компенсации или устранения самого повреждения состав афферентного импульсного потока, поступающего в высшие отделы нервной системы, будет меняться. Соответственно будут выключаться определенные отделы функциональной системы, ранее участвовавшие в осуществлении компенсаторной деятельности, или включаться новые компоненты (принцип обратной афферентации этапов восстановления нарушенных функций). Сохранение после регулярных занятий физическими упражнениями достаточно стабильного анатомического дефекта будет давать себе знать определенной комбинацией афферентаций, поступающих в высшие отделы нервной системы, которые на этой основе обеспечат образование стабильной комбинации временных связей и оптимальную компенсацию, т.е. минимальную хромоту при данном повреждении (принцип санкционированной афферентаций). Длительная тренировка компенсаторных механизмов (ходьба на костылях, с помощью палочки, самостоятельно) может обеспечить достаточную компенсацию нарушенных или утраченных функций, однако на определенной стадии дальнейшее совершенствование сложных рефлекторных механизмов не приводит к существенному изменению, т.е. наступает стабилизация компенсации [принцип относительной устойчивости компенсаторных приспособлений]. В этом периоде устанавливается динамически устойчивое уравнивание организма больного с опилленным структурно-функциональным дефектом во внешней среде. Роль коры большого мозга в компенсатор-

ных процессах при повреждении нижележащих отделов нервной системы определяется тем, что корковые отделы анализаторов чутко реагируют на любое изменение взаимоотношений организма с окружающей средой. Этим объясняется решающая роль коры компенсации нарушений движения после травм и реконструктивных операций. Например, после операции расчленения предплечья (создание руки Крукенберга) имеются лишь анатомические предпосылки для компенсации отсутствующей кисти. Для того чтобы вновь образованные «бранши» и в той или иной мере приняли на себя функцию отсутствующей кисти, необходимы глубокие изменения функций

Плеча и предплечья, обуславливаемые перестройкой соответствующих нервных центров. Без обучения, основанного на к тесном разъяснении тренировки определенных групп мышц, рисунка самого движения и закрепления его в процессе такая перестройка невозможна даже в течение ряда лет. Для развития компенсации в данном случае необходимы и швная деятельность корковых механизмов, в частности шизмов второй сигнальной системы, и тренировка физическими упражнениями определенных групп мышц плеча и предплечья.

Процесс компенсации нарушенных функций является активным, так как организм больного использует достаточно сложный комплекс различных, наиболее целесообразных в конкретной ситуации реакций для обеспечения наибольшей степени управляемости сегментами тела с целью оптимальной стратегии и тактики во взаимоотношениях с окружающей средой.

Нормализация патологически измененных функций и целостной деятельности организма. ЛФК — это прежде всего терапия, использующая наиболее адекватные биологические пути мобилизации собственных приспособительных, защитных и компенсаторных резервов организма для ликвидации патологического процесса. Вместе с двигательной функцией восстанавливается и поддерживается здоровье. Важнейшим путем нормализации функциональных нарушений является воздействие через проприоцепторы, импульсация от которых оказывает как общетонизирующее влияние на ЦНС, так и специфическое влияние на нервные центры регуляции физиологических функций (в частности, на сосудодвигательные центры).

Физические упражнения в отдельных случаях оказывают симптоматическое воздействие на физиологические функции. Например, специальные дыхательные упражнения могут по механизму моторно-пульмональных рефлексов активизировать дренажную функцию бронхов и обеспечивать усиление выделения мокроты. При явлениях метеоризма специальными упражнениями можно воздействовать на перистальтику кишечника и нормализовать его функцию.

Нормализации функций заключается, как в восстановлении поврежденного органа, так и всего организма в целом.

Клиническое выздоровление, т.е. нормализация температуры, исчезновение симптомов заболевания не означает еще, что произошло полное восстановление функционального состояния организма и его трудоспособности, уровня

общей тренированности и развития двигательных качеств, сниженных во время болезни. Это достигается только в результате последующей длительной систематической тренировки, окончательно нормализующей вегетативные и двигательные функции. Нормализация функций основана на способности целенаправленных физических упражнений тормозить или полностью устранять сформировавшийся во время болезни патологические условно-рефлекторные связи и одновременно восстанавливать нормальную регуляцию деятельности всего организма. Нормализация функций достигается постепенной и осторожной тренировкой, с помощью которой удается восстановить нарушенную болезнью и вынужденным покоем координацию в работе сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма. физических упражнений соответствующие возможностям сердечно-сосудистой системы. способствуют восстановлению моторно-висцеральных рефлексов.

Таким образом, лечебное действие физических упражнений многообразно. Оно может проявляться комплексно, например, в виде одновременного трофического и компенсаторного влияния. В зависимости от конкретной патологии, локализации процесса, стадии заболевания, возраста и тренированности больного можно подобрать определенные физические упражнения, дозировку мышечной нагрузки, которые обеспечат преимущественное действие определенного механизма, необходимого для восстановительного лечения заболевания.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

**ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 14**

по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-7. ТЕМА 7.1. Понятие о двигательном стереотипе

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие и двигательный стереотип.
2. Уровни построения движения.
3. Высшие кортикальные уровни.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Понятие о двигательном стереотипе

Двигательный стереотип (динамический стереотип) — устойчивый индивидуальный комплекс условно-рефлекторных двигательных (и не только) реакций, реализуемых в определенной последовательности в обеспечении позно-тонических функций (походку, почерк, осанку).

Основная цель ДС состоит в формировании автоматизма ходьбы, осанки, синергического распределения активности мышц различного назначения в поддержании позы и двигательной активности, не связанной с профессиональными движениями, а являющейся базой для их реализации. Это индивидуальная пластика, грация, поза, особенности жестикюляции, позволяющие безошибочно узнать знакомого человека по походке, не видя его лица.

2. Уровни построения движения

Следуя современной теории физиологии, все действия осуществляются на уровне простой рефлекторной дуги: раздражение — рецептор — чувствительный нейрон — сегмент спинного мозга — двигательный нейрон — исполнительный орган — это путь прохождения нервного импульса. Рефлекторную дугу контролируют вышележащие отделы центральной нервной системы (ЦНС). Различают безусловные, врожденные рефлексы, которые «вшиты» в структуру центральной нервной системы. И условные, вновь созданные, которые основаны на «проторении» нервных связей по Павлову. Двигательный стереотип — это набор взаимосвязанных безусловных и условных рефлексов, определенная программа, которая работает, следуя четкому алгоритму. Например, перемещение центра тяжести приводит к сокращению икроножной мышцы — результат — восстановление положения тела.

Если Павлов создал физиологию элементов действий, то известный советский физиолог, специалист в области биомеханики движения, Николай Александрович Бернштейн создал физиологию, распространяющуюся на высшие формы психической деятельности. Если Павлов говорил о проторении нервных связей при образовании условных рефлексов, то в теории Бернштейна речь уже идет о построении сложного действия или навыка.

В построении движений участвуют все уровни головного мозга.

Центральная нервная система устроена иерархично, каждый вышележащий уровень подчиняет себе нижележащий: кора головного мозга, подкорковые — экстрапирамидные структуры, продолговатый мозг, спинной мозг, уровень сегмента спинного мозга и уровень простой рефлекторной дуги.

3. Уровень А. Уровень Б. Уровень С.

Уровень «А» — уровень слепого выполнения движений (чистая физиология) обеспечивает настройку тонуса мышц (то есть способность мышц к релаксации, отношения мышц-антагонистов).

Уровень «Б» — уровень двигательных штампов. Он обеспечивает врожденную особенность моторики (ловкость, грациозность, пластику), а также черновую технику повторяющихся движений (осанку, позу, ходьбу, бег). Собственно, на этом уровне формируется так называемая «привычная осанка», то есть осанка, характерная для конкретного человека. Уровень «В» является уровнем неосознанной осанки, уровнем рефлекторной коррекции осанки.

Уровень «С» уровень пространственного поля, обеспечивает вписывание двигательных штампов в реальное пространство: Это умение расслабиться по команде, умение напрячь отдельную мышцу, повтор движений по показу, группирование тела, сохранение позы. Для этого используются дистанционные рецепторы (зрение, слух). Применительно к осанке это уровень внешней коррекции: Например, коррекция положения тела педагогом или тренером или коррекция «по показу».

Дефекты уровня «С» хорошо видны в подростковом возрасте. Молодые люди, с плохой моторикой, отличаются неуклюжестью, неумением расслабиться, они с трудом осваивают гимнастические упражнения. Это так называемые «моторные бездари». Специфичен их внешний вид: прогиб поясницы или сутулость, приподнятые и выдвинутые вперед плечи, полусогнутые ноги. Их движения сопровождаются так называемым «двигательным мусором» (то есть ненужными мимикой, жестами, гримасами). Чаще всего такой дефект не связан с их генотипом или с заболеванием нервной системы, а обусловлен незрелостью нервной системы, плохим физическим воспитанием. Отметим, что признаком хорошей осанки является не только правильное выравнивание сегментов тела, но и отсутствие «двигательного мусора», который является признаком плохой моторики.

4. Высшие кортикальные уровни.

Уровень D — уровень слияния физиологического и психологического, он обеспечивает выработку сложных автоматизмов движения. Это уровень действия, уровень формирования двигательного навыка. На этом уровне формируются профессиональные движения. Применительно к осанке этот уровень отвечает за осознанное группирование тела — т. е осмысленную коррекцию положения тела.

Уровень E (смысловый уровень) — обеспечивает смысловую коррекцию всех нижележащих уровней. Здесь формируются такие сложные действия-навыки, как пилотирование самолёта, работа космонавта и другие. На этом уровне осуществляется самоконтроль осанки. Воздействуя на свои мысли, мы можем менять напряжение мышц и, расслабляя мышцы, сознательно корректировать привычную осанку и выработанную годами манеру двигаться. На этом уровне реализуются методы телесно ориентированной психотерапии (психосоматической коррекции) — высший уровень контроля осанки.

Деятельность уровня «Б» реализуется через уровень «А», подчиняясь вышележащему уровню С. Уровни А, Б и С являются врожденными, безусловными. Однако, в результате сложного взаимодействия, граница между физиологическим и психологическим стирается. Эта граница подвижна. Таким образом, сознательное действие, автоматизируясь, переходит в уровень бессознательного, рефлексорного, и наоборот, рефлексорное может приобрести самостоятельное значение, войти в сферу сознания.

Это важный закон построения движения, он используется при коррекции ходьбы и осанки.

Индивидуально двигательный стереотип формируется под влиянием разнообразных факторов, имеющих отношение к становлению моторики. Эти факторы могут быть закономерными и случайными: вспомним школьника, склонившегося над низким столом и проводящего многие часы учёбы в этой позе, лишённого своевременной педагогической поправки. В последующем накопившиеся двигательные ошибки суммируются с неизменно наступающими возрастными изменениями в осанке подростка, что в итоге способствует фиксации патологической цепи ошибок в формировании осанки, пластики, ловкости. Подобных ситуаций достаточно в профессиональной деятельности, когда люди с правильно сформированной моторикой в нерациональной рабочей позе подвергаются ДС проверке на устойчивость с нередкими потерями. Здесь ДС выступает как индивидуальное приобретение моторики.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева, Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева.– Иваново: МИК, 1996. – 112 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
3. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. –М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник /Под общ. ред. проф. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 15
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-7. ТЕМА 7.2. Методика исследования двигательного стереотипа

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Функциональная патологии уровня А.
2. Изменение силы, тонуса мышц, наличие локальных уплотнений, укороченных мышц.
3. Методика исследования повышения и снижения функциональной активности мышц.
4. Функциональная патология уровня В.
5. Характеристика общей осанки – позы положения сидя и стоя (положения головы, шеи, плечевого пояса, грудной клетки, поясницы, тазового пояса, нижних конечностей в покое).
6. Визуальная диагностика миостатики, критерии.
7. Функциональная патология уровня С.
8. Методика оценки умения расслабляться по команде, умения напрягать отдельную мышцу или мышечную группу, имитации назначенных движений после показа.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Функциональная патологии уровня А.

Уровень А (руброспинальный) определяет самые простые слагаемые движения: тонус, реципрокную иннервацию, силовые, скоростные и другие характеристики сокращения мышц. Этот уровень определяет ограниченный круг функциональных возможностей мускулатуры, в основном связанных с функционированием сегментарного аппарата спинного мозга и фоновым изменением его возбудимости. Это уровень слепого исполнения движения. Сенсорная организация деятельности этого уровня включает лишь проприоцепцию. Патология этого уровня проявляется нарушением тонуса мышц, т.е. дистониями. По Н.А.Бернштейну, "расстройства распределения и приспособительной реактивности мышечного тонуса очень часто сопровождаются нарушениями в других, вышележащих уровнях, но всегда свидетельствуют о втягивании в болезненный процесс руброспинального уровня - абсолютного монополиста по тонусу во всей центральной нервной системы". Это уровень палеокинетических движений. Следующий

характерный признак поражения этого уровня - треморы покоя и движения (интенционный). Механизм возникновения треморов заключается в нарушении функции реципрокной иннервации и денервации антагонистов. Все эти явления характеризуют нарушение сегментарного коррекционного уровня организации движений.

2. Изменение силы, тонуса мышц, наличие локальных уплотнений, укороченных мышц.

Исследование уровня А, определяющего основные характеристики двигательной системы (тонус, силу, рефлекторную активность, расслабление и укорочение мышц, локальные их изменения, электровозбудимость и прочие составляющие) находят широкое применение в клинической невропатологии. Сила мышц определяется с помощью прямого измерения или функциональных методов по выявлению повышенной утомляемости слабой мышцы. В мануальной терапии широкого применения этот способ исследования не имеет, т.к. при функциональной патологии мышц сила их практически не страдает. 2. Тонус мышц определяется с помощью разнообразных клинических и инструментальных способов. В мануальной терапии диагностическое значение имеют специфические изменения тонуса, определяемые как вялость мышц. Клинически это проявляется не столько в снижении тонуса мышц, сколько в снижении сократительной их активности в обеспечении тонической, позной активности. При динамической активности, т.е. произвольном сокращении, эти мышцы прекрасно справляются с нагрузкой. Так же вялость исчезает при сдавлении мышцы. Образно эту мышцу можно назвать как ленивую, нуждающуюся в посторонней стимуляции. В этом термине подчеркивается функциональное происхождение этого синдрома, выявляемое по восстановлению исходного нормального тонуса после кратковременной активации. В составе вялой мышцы могут образоваться локальные гипертонусы. Очевидно, что при вялости мышцы не страдает механизм реализации тонуса как постоянного проприоцептивного рефлекса, определяется же она снижением возбудимости нейромоторной системы спинальной регуляции тонуса. Проприоцептивная (сенсомоторная) активация способствует восстановлению нормальной возбудимости уровня А регуляции тонуса. 3. Другой показатель изменения тонуса мышц - локальные уплотнения, которые могут обнаружиться как в составе нормальной, так и измененной мускулатуры. Они могут себя проявить в виде малоактивных в клиническом отношении образований, в других случаях проявляют себя триггерными феноменами. О триггерных феноменах мы можем говорить в тех случаях, когда имеются локальные уплотнения мышц, проявляющиеся местной и отраженной болью, локальным судорожным ответом. При наличии локальных гипертонусов мышца несколько укорачивается. Локальные гипертонусы характеризуются рядом электрофизиологических особенностей. Мы подчеркиваем, что триггерный феномен обязан своим происхождением патологической устойчивой (детерминантной) структуре, складывающейся

прежде всего в деятельности сегментарного аппарата спинного мозга. Уровень патологической активности неустойчив и зависит от разнообразных факторов, что и определяет выраженность клинической картины миогенного триггерного пункта: от латентной до выраженной.⁴ Укорочение мышцы, являющееся разновидностью контрактуры, клинически проявляется уменьшением длины активной части мышцы. Происхождение этого явления обусловлено не столько увеличением сократительности, сколько уменьшением способности к релаксации. В составе укороченной мышцы могут быть локальные гипертонусы. В сути этого феномена лежит сохранение остаточной деформации мышцы. Нарушение реципрокных отношений мышц-антагонистов является нейрофизиологической основой их укорочения. В основе явления лежит начальное рассогласование между аутогенным (афферентация с рецепторов Гольджи) торможением и рефлексом на растяжение, подкрепляемое нарушением реципрокных отношений антагонистов. Укороченные и вялые мышцы в "чистом" виде не существуют, обнаруживаются они всегда вместе, в так называемых перекрестных синдромах.

3. Методика исследования повышения и снижения функциональной активности мышц.

Основной метод исследования - кинестезическая пальпация.² Вялые мышцы выявляются с помощью кинестезической пальпации, сравнивая консистенцию соседних и удаленных мышц. Вялая мышца напоминает гипотоничную, но в отличие от нее при энергичном сдавлении исследующими пальцами она сокращается, повышается ее твердость, вялость исчезает. При динамической нагрузке вялость так же исчезает. "Настоящая" гипотония при нагрузке и сдавлении мышцы не исчезает.³ Укорочения мышцы выявляются путем ее растяжения. Этот технический прием используется в методике постизометрической релаксации в качестве предварительного напряжения. Поэтому все замечания по установлению предварительного напряжения мышц перед ПИР будут справедливы в отношении выявления укорочения. Очевидно, что это метод так же сравнительный - сравниваются симметричные мышцы и антагонисты. О вялости и укорочении можно говорить при выявлении их противоположности в другой мышечной группе.⁴ Локальные мышечные уплотнения и сопровождающие их триггерные феномены определяются кинестезической пальпацией, растяжением с целью провокации боли и установления зоны отраженной болезненности. В этих же целях используется щипковая пальпация, позволяющая выявить локальный судорожный ответ. Как мы убедились, оценка мышцы производится в состоянии ее покоя и определяется основной показатель функциональной активности уровня А - тонус мышцы. Дизрегуляция уровня А организации движения характеризуется двумя особенностями. Первая - локализацией патологических изменений в отдельных мышечных группах, которые могут находиться как в антагонистических, так и синергических отношениях. Вторая -

перераспределением мышечной активности как во фронто-вентральном, так и латеро-латеральном направлениях, т.е. может быть асимметричной. Установлено, что некоторые мышечные группы имеют тенденцию к увеличению контрактильности, а другие - к ее уменьшению. V.Janda (1975) называет гиперактивные мышцы "предоминантно-постуральными", а вялые - "предоминантно-фазическими". Мы считаем, что термин "предоминантное", характеризующее изменение контрактильности мышц, не совсем точно определяет физиологическую сущность явления. Известно, что доминантные отношения характеризуют преобладание одного возбуждательного процесса над другим, т.е. отношения двух силовых характеристик. Здесь же мы имеем дело скорее с патологией координационных отношений, не подчиняющихся доминантным закономерностям. Это качественно иная ситуация. Складывается она патологическим образом на базе нормальных координационных штампов при соответствующих условиях, среди которых, по представлениям V.Janda, основным является утомление. Утомление, вызываемое как статическими, так и динамическими перегрузками, вызывает функциональную перестройку нейромоторного аппарата, напоминающую пирамидную спастическую (V.Janda, 1975). В качестве предварительного замечания к методике коррекции этого уровня организации движения скажем, что укороченные мышцы, в том числе при наличии локального уплотнения, нуждаются в расслаблении, а вялые - в стимуляции. Гиперактивными мышцами являются: а) на дорсальной поверхности: икроножная и задние мышцы бедра, поясничная часть разгибателя спины, квадратная мышца, верхняя и средняя порции трапециевидной мышцы, поднимающая лопатку; б) на вентральной поверхности: аддукторы бедра, прямая мышца бедра, напрягающая широкую фасцию бедра, подвздошно-поясничная, косые мышцы живота, грудные, лестничные, грудиноключичные мышцы. в) на руке: сгибатели кисти и пальцев. Вялыми мышцами считаются: а) ягодичные, нижняя часть трапециевидной мышцы, передняя зубчатая, над- и подостные мышцы, дельтовидная мышца; б) передняя большеберцовая, разгибатели пальцев, малоберцовые, широкие мышцы бедра, прямая мышца живота, глубокие сгибатели шеи; в) разгибатели кисти и пальцев.

4. Функциональная патология уровня В.

Уровень В (таламо-паллидарный) или уровень синергий определяет всю внутреннюю структуру пластики, сочетания отдельных слагаемых двигательных комплексов в сложное соединение. Уровень В проявляется в обширных мышечных синергиях, обеспечивающих согласованную работу многих десятков мышц. Следующее свойство уровня В - обеспечение мышечных синергий во времени, т.е. правильное чередование отдельных комплексов движений в общем ритме. Последнее свойство уровня В - склонность к штампам, к чеканной повторяемости движений. В результате реализации всех особенностей уровня В создается динамическая устойчивость движений, отличающая каждого индивидуума от другого. Этот уровень

обеспечивает всю внутреннюю координационную основу локомоций, полностью оформляя всю кинетику сложнейших синергий в отвлеченном, автоматизированном виде. Очевидно, что деятельность уровня В реализуется через уровень А, подчиняясь вышележащему уровню С. Особенностью организации функционирования этого уровня является специфическая организация афферентного потока. Основным вкладом в сенсорную, информационную, организацию этого комплекса исполняет проприоцепция, в меньшей степени экстрацепция. Деятельность анализаторов дистантного действия, их афферентного потока в обеспечении функционального состояния этого уровня практически не сказывается. По этой причине можно говорить о корпоральной направленности результатов сенсорного взаимодействия, что реализуется в упомянутых сложных синергиях и штампах (комплексах) движений. Эти качества выступают как врожденные особенности моторики: ловкость, грациозность, пластика, индивидуальные особенности моторики, пантомимика. Патологическая гипофункция этого уровня проявляется паркинсонизмом, складывающимся из выключения уровня синергий и снятия его контроля над уровнем А, впадающим вследствие этого в состояние гипервозбуждения с развитием мышечной ригидности и треморов покоя. Патологическая гиперфункция уровня синергий сказывается в возникновении разнообразных гиперкинезов, избыточных синергий и бесполезных синкинезий. По образному выражению Н.А.Бернштейна, в таких случаях "из глубин моторики вылезают уродливые, гротескные фоны без фигур и передних планов, без смысла и адекватности: всяческие торсионные спазмы, обломки древних движений, атетозы, хорей, произвольные рычания и вскрикивания - психомоторные химеры, безумие эффекторики". Другими словами, патология этого уровня проявляется диссинергиями.

5. Характеристика общей осанки – позы положения сидя и стоя (положения головы, шеи, плечевого пояса, грудной клетки, поясницы, тазового пояса, нижних конечностей в покое).

Осанка — это привычная поза (вертикальная поза, вертикальное положение тела человека) в покое и при движении.

Оптимальная статика - это такое пространственное взаиморасположение составных элементов мышечно-скелетной системы, при котором с минимальной энергетической затратой поструральных мышц поддерживается равновесие опорно-двигательного аппарата в вертикальном положении человека.

Оптимальная статика включает в себя оптимальный статический стереотип, состоящий из регионарного пострурального баланса мышц регионов и конечностей. Постуральный баланс мышц региона, в свою очередь, состоит из пострурального баланса мышц-антагонистов, оптимальной статики суставно-связочного аппарата.

Позвоночник и конечности разделены на регионы в соответствии с различием статических и динамических задач, которые они выполняют.

Регион - это совокупность позвоночных двигательных сегментов или костей (для конечностей), выполняющих одинаковые статические и динамические функции.

Критерии выделения региона

Строение суставно-связочного аппарата с формированием определенной направленности кривизны позвоночника в сагиттальной плоскости (лордоз, кифоз) или наличие крупных костей, исключая кривизну в данном регионе конечности (для конечностей).

Наличие в данном регионе основных постуральных мышц, прикрепляющихся к границам регионов (например, верхняя порция трапецевидной мышцы - шейный регион) и поддерживающих данную форму позвоночника или конечности.

Существование в данном регионе основных фазических мышц, прикрепляющихся к границам данного региона (например, большая ягодичная мышца - тазовый регион, квадратная мышца поясницы - поясничный регион, экстензоры бедра - берцовый регион). Это позволяет нескольким позвоночным двигательным сегментам или костям конечностей участвовать в реализации отдельного локального моторного паттерна как единое целое.

Границами регионов являются места прикрепления основных постуральных и фазических мышц.

Для оценки оптимальности статики используются мысленно проводимые вертикальные линии (перпендикулярные к опоре): через общий центр тяжести (общий срединный отвес) и центры тяжести регионов позвоночника и конечностей (регионарный срединный отвес); горизонтальные линии: через костные ориентиры регионов и через поперечные отростки позвонков. Оценивается их взаиморасположение между собой и плоскостью опоры последовательно в трех плоскостях: фронтальной (вид сзади и спереди), сагиттальной (вид сбоку), и горизонтальной (вид сверху).

Анализ расположения проекций общего и регионарных центров тяжести позвоночника и конечностей.

Критерий оптимальности статики в целом во фронтальной плоскости — отвес (1), опущенный из середины расстояния между затылочными буграми, проходит через середину расстояния между стопами пациента.

Критерий постурального баланса мышц шейного региона - отвес (1А), опущенный из середины расстояния между затылочными буграми С0, проходит через тело.

Критерий постурального баланса мышц грудного отдела позвоночника - отвес (1Б), опущенный из середины тела Th1, проходит через тело TпХii.

Критерий постурального баланса мышц поясничного отдела позвоночника - отвес (1В), опущенный из середины тела Li, проходит через тело Lv.

Критерий постурального баланса мышц тазового пояса - отвес (1Г), опущенный из середины тела Si, проходит через середину расстояния между седалищными буграми.

Критерий пострурального баланса мышц нижней конечности в целом - отвес (2), опущенный из нижнего угла лопатки, проходит через пяточный бугор пяточной кости.

Критерий пострурального баланса мышц бедренного региона - отвес (2А), опущенный из нижнего угла лопатки, проходит через середину расстояния между мыщелками бедренной кости.

Критерий пострурального баланса мышц берцового региона - отвес (2Б), опущенный из середины расстояния между мыщелками большеберцовой кости, проходит через пяточный бугор.

Критерий пострурального баланса мышц верхней конечности в целом - отвес (3), опущенный из большого бугорка плечевой кости, проходит через середину расстояния между шиловидными отростками локтевой и лучевой костей.

Критерий пострурального баланса мышц плеча - отвес (3А), опущенный из большого бугорка плечевой кости, проходит через середину расстояния между мыщелками плечевой кости.

Критерий пострурального баланса мышц предплечья - отвес (3Б), опущенный из середины расстояния между головкой лучевой кости и венечным отростком локтевой кости, проходит через середину расстояния между шиловидными отростками костей предплечья.

Горизонтальные линии, проходящие через границы регионов позвоночника и конечностей, в норме параллельны между собой и плоскости опоры.

Верхняя граница шейного региона — линия (4), проходящая через нижние края ушных раковин (или нижние края затылочной кости).

Нижняя граница шейного региона совпадает с верхней границей грудного региона — линия (5), соединяющая верхние границы акромиально-ключичных суставов.

Нижняя граница грудного региона и верхняя граница поясничного региона — линия (6), соединяющая нижние концы одиннадцатых ребер.

Нижняя граница поясничного региона и верхняя граница тазового региона — линия (7), проходящая через верхние края подвздошных костей.

Нижняя граница тазового региона — линия (9), проходящая через нижние концы седалищных бугров.

Для анализа пострурального дисбаланса тазового региона проводится дополнительная линия (8), проходящая через задние верхние подвздошные ости.

Для анализа пострурального баланса мышц нижней конечности используют следующие горизонтальные линии:

Верхняя граница бедренного региона — линия (14), проходящая через большие вертелы бедренных костей.

Нижняя граница бедренного региона — линия (15), проходящая через мыщелки бедренной кости.

Верхняя граница берцового региона — линия (16), проходящая через мыщелки большеберцовой кости.

Нижняя граница берцового региона — линия (17), проходящая через лодыжки берцовых костей.

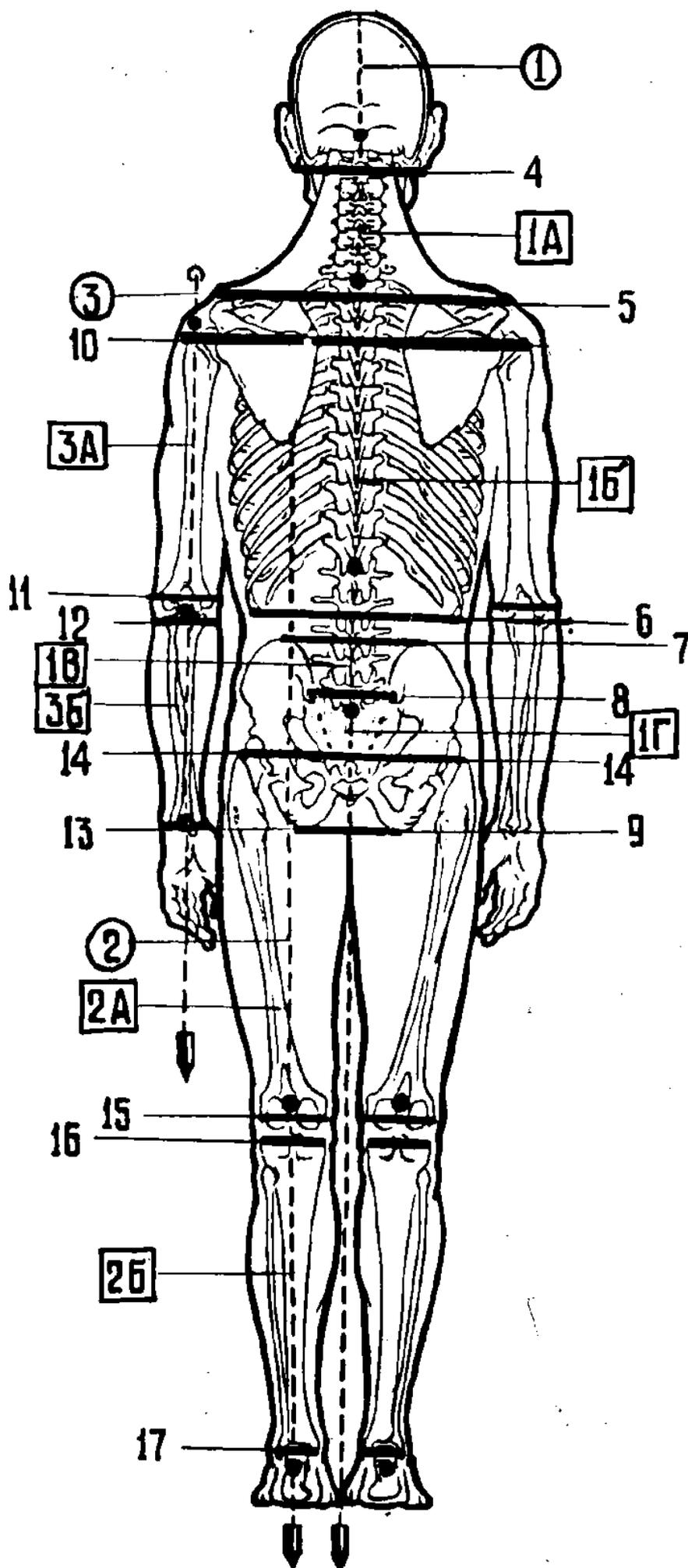
Для анализа пострурального баланса мышц верхней конечности проводятся следующие горизонтальные линии:

Верхняя граница плечевого региона — линия (10), проходящая через большие бугры плечевых костей.

Нижняя граница плечевого региона — линия (11), проходящая через нижние края мыщелков плечевой кости.

Верхняя граница региона предплечья — линия (12), проходящая через головку лучевой кости и венечный отросток локтевой кости.

Нижняя граница региона предплечья — линия (13), проходящая через нижние края шиловидных отростков лучевой и локтевой костей.



6. Визуальная диагностика миостатики, критерии.

Визуальная диагностика - один из методов мануальной медицины, применяемый с целью выявления видимых критериев нарушения статики и динамики опорно-двигательного аппарата, степени их выраженности, их изменчивости под влиянием провоцирующих и лечебных мероприятий.

При анализе оптимальности статики исследователь мысленно опускает отвес через общий центр тяжести и центры тяжести регионов и сопоставляет их проекции друг с другом; определяет симметричность взаиморасположения костных выступов; проводит горизонтальные линии через границы регионов и оценивает их параллельность; анализирует рельеф мышц и взаиморасположение отростков позвоночных двигательных сегментов и суставов.

При оценке динамики исследователь изучает последовательность и параллельность включения моторных паттернов в движение, оптимальность их выполнения (объем, траектория, однонаправленность), наличие двигательных синергии, выясняет нарушение последовательности активации мышц в отдельном моторном паттерне и определяет, какая мышца включалась в выполнение данного моторного паттерна вместо агониста или раньше его.

Каждый раз, решая вышеперечисленные задачи, исследователь сравнивает статику и динамику пациента с нормативной моделью. Это не только облегчает этап диагностики неоптимальности статики и динамики, но и ускоряет процесс построения гипотезы о причине возникновения данного нарушения и составления алгоритма дальнейшей мануальной диагностики для подтверждения или отрицания данного предположения.

7. Функциональная патология уровня С.

Деятельность этого уровня построения движений определена отношением к пространству - вписыванием двигательных штампов в реальное пространство. Следовательно, все двигательные задачи должны быть отнесены к конкретной реальности. Это означает, что в реализацию движений вплетается корковый контроль по обеспечению общей оценки двигательной задачи на основании взаимодействия различных корковых центров афферентных анализаторов: проприоцептивного, зрительного, вестибулярного, слухового. Поэтому все тесты, описанные выше для характеристики функций уровня В должны быть стереометрическими: выше - ниже, ближе - дальше, правее - левее, вперед-назад. Из описательной характеристики тестов уровня В видно, что некоторые из них тоже имеют такие параметры, но они все отнесены к внешним размерам пациента: уровень плеча, поднять и опустить предмет с полу и пр. Таким образом, выполненная пациентом двигательная задача должна быть измерена в метрических единицах: прошел три шага, вошел в узкую дверь, повернулся на 90, сел на высокий табурет и пр. Поэтому двигательные тесты уровня В могут быть применены к характеристике уровня С после соответствующей переработки их в указанном смысле. На практике это не означает, что

проводится раздельное исследование функций уровня В, затем выполнение тех же задач в новом контексте. Методически эти задачи нами решаются в комбинированном варианте. После выполнения стандартной нагрузки пациенту предлагается это же движение совершить применительно к окружающим предметам: "положить на верхнюю полку", "повернуться на 45", "сделать два с половиной шага вперед", "поднять голову на уровень поднятой руки врача" и пр. В конечном счете, творческая фантазия врача при выполнении этих нагрузок не является лишней. Необходимо подчеркнуть, что оценка волевого контроля функций этого уровня должна проводиться задачами другого качественного состава. Мы указывали, что уровень С является кортикализированным, и реализация соответствующих функций должна происходить при сознательном контроле над функциями уровней А и В. Приводим набор этих тестов: 1. Умение расслабляться по команде врача. 2. Умение напрягать отдельную мышцу или группу мышц. 3. Имитация движений, незнакомых пациенту, по показу. Не нужно смешивать с воображаемыми движениями, уровень построения которых другой - Е и D. 4. "Группирование тела" - пациент должен волевым контролем опустить плечи ("тянуть лопатки" книзу). При этом сложном движении он должен опустить руки по средней подмышечной линии, не выдвигая плечи кпереди или кзади. Одновременно должны сократиться мышцы живота, ягодиц и расслабиться верхняя порция трапецевидной, большая грудная, поясничная порция разгибателя спины и глубокие флексоры шеи. При этом происходит выпрямление грудного кифоза и поясничного лордоза, уменьшается живот, поднимается передний край таза - пациент становится стройнее. Эта двигательная задача является достаточно сложной и умение ее решения целиком зависит от активности коркового уровня построения движений С. 5. Сохранение позы, описанной в предыдущем разделе, при ходьбе. Описанная двигательная нагрузка является основной в перестройке многих порочных двигательных стереотипов. По стабильности выполнения этой задачи можно судить о степени волевого контроля над двигательной активностью, т.е. о функциях уровня С. Очевидно, что патология мышечного динамического стереотипа является отражением нарушения функции прямохождения. Это нарушение может быть обусловлено патологическими механизмами, запускающимися двумя принципиально разными уровнями построения движения. Нарушение программного типа организации движения (супрасегментарного) обуславливает клинические синдромы, имеющие принципиальные отличия от тех, которые вызываются патологией коррекционного или сегментарно-периферического типа организации движения. Нарушение программного типа организации характеризуется перераспределением контрактильности в сгибателях и разгибателях туловища и конечностей, обеспечивающих вертикальную позу и прямохождение. Следовательно, синдром поражения складывается из симптомов участия в патологическом процессе симметричных мышечных групп. Эти изменения не ограничиваются изолированной группой агонистов и антагонистов, а перераспределяются по вертикальной оси (кранио - каудальном) и передне -

заднем направлениях. Изменения в направлении вправо-влево не встречаются. Другим фактором перестройки нормальных координационных отношений с формированием патологических является изменение или даже генетический дефект программы движения, представленной как многоуровневая функциональная система. Как пишет Н.А.Бернштейн (1966), уровень В (таламо-паллидарный уровень) является наиболее ранимым в функциональном отношении. "Причины такой уязвимости заключаются, во-первых, в том, что управляющие коррекции движений уровня синергий полностью строятся на проприоцептивных и осязательных ощущениях, неотрывно связанных с элементами самого движения: последовательно проходимыми позами, формулами суставных углов, скоростями звеньев, испытываемыми ими ускорениями и усилиями и т.д. ...узость зоны допускаемых вариаций обуславливается у движений и фонов уровня синергий феноменом динамической устойчивости". В свою очередь подчеркнем, что дефицит и дисбаланс афферентации в этом процессе являются основополагающими (Г.А.Иваничев, 1990). Упомянутый нами фактор утомления при статической нагрузке не столько перегружает эфферентное звено, сколько дестабилизирует проприоцептивный поток, необходимый для устойчивого функционирования уровня В. При дефиците и дисбалансе этого потока формируются патологические двигательные стереотипы - "штампы" (Н.А.Бернштейн, 1990), "есть не что иное, как свойственный этому уровню прием борьбы со сбивающим и разрушающим действием реактивной динамики". Запускающими моментами этого длительного процесса являются локальные изменения в биомеханике отдельных элементов двигательного аппарата - миогенные, фасциальные, периостальные триггерные пункты, суставные блокады, дистрофические изменения ПДС и др. Считать преобладающим фактором в длинной цепи описываемых изменений остеохондроз диска оснований нет. Как любой патологический процесс, меняющий биомеханику отдельного звена и сопровождающийся болью, так и дегенеративное поражение диска меняет качество и количество афферентации, поступающей в церебральные структуры, в том числе и в уровень В. Другое дело, когда ноцицептивный поток из пораженного ПДС большой и его дестабилизирующее влияние в начале патологического процесса очень высоко. В таких случаях формируются патологические позы и искривления позвоночника, не имеющие ничего общего с изменением двигательного стереотипа - они являются компенсаторными или защитными. Позже влияние этих патологических установок приобретает самостоятельное значение в качестве патогенетического фактора, адресованного в супраспинальные отделы организации движения. Разделение клинических синдромов дискоординации, очевидно, должно базироваться на фундаменте нейрофизиологических принципов организации движения, т.е. программного и кольцевого типа. В этом плане необходимо выделить генерализованные и регионарно - локальные дискоординационные синдромы соответственно программному и кольцевому типу. В свою очередь, генерализованный и регионарно - локальный тип включает первичные и вторичные синдромы,

выделяемые по механизму развития. Схематично это выглядит таким образом: Генерализованные дискоординаторные синдромы (ГДС): первичные и вторичные. Регионарно - локальные дискоординаторные синдромы (РЛДС): первичные и вторичные. Патология двигательного стереотипа.

8. Методика оценки умения расслабляться по команде, умения напрягать отдельную мышцу или мышечную группу, имитации назначенных движений после показа.

Тело реагирует на стресс посредством мышечного напряжения. Это напряжение, в свою очередь, усугубляет тревогу, в результате чего возникает порочный круг. Мышечная релаксация снижает напряжение и несовместима с беспокойством.

Реципрокное торможение — это научный термин, обозначающий невозможность быть расслабленным и напряженным в одно и то же время.

Самой главной особенностью упражнений на прогрессирующую мышечную релаксацию является то, что эти упражнения физиологически вызывают расслабление мышц по средством последовательного напряжения и расслабление различных мышечных групп.

Когда напрягается мышца (например, плотно сжимаете кулаки) и удерживается ее напряжение, она утомляется. Когда напряжение ослабляется, мышца расслабляется, но поскольку было вызвано ее утомление, продержав в напряжении около 30 секунд, при снижении напряжения мышца делается еще более расслабленной, чем была до напряжения.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева, Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева. – Иваново: МИК, 1996. – 112 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
3. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник /Под общ. ред. проф. Л.В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 16
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-8. ТЕМА 8.2. Тренировка положения тела стоя на обеих ногах

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика оптимального стереотипа «положение стоя на обеих ногах».
2. Типичные ошибки положения стоя на обеих ногах.
3. Коррекция нарушений мышечной регуляции в положении стоя на обеих ногах.
4. Тренировка положения стоя у стены.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Характеристика оптимального стереотипа «положение стоя на обеих ногах».

Динамика опорно-двигательного аппарата представлена в виде динамического стереотипа, состоящего из моторных паттернов. Реализация моторных паттернов, в свою очередь, обеспечивается фазической и тонической интеграцией 5 групп мышц:

Агонисты, преимущественно односуставные фазические мышцы, имеют концентрический тип сокращения, сближая оба места своего прикрепления друг с другом.

Синергисты — преимущественно двусуставные фазические мышцы, включающиеся в движение позднее агонистов также концентрическим сокращением, изменяя положение сначала одного своего места прикрепления, а затем — второго, обеспечивая плавность перехода движения из одного сустава в другой.

Нейтрализаторы — в движение включаются изометрическим или эксцентрическим типом сокращения.

Фиксаторы — активизируются раньше агонистов изометрическим типом сокращения, сохраняя места своего прикрепления неподвижными.

Антагонисты — включаются в движение позднее агонистов эксцентрическим типом сокращения (удлиняются, сохраняя силовое напряжение), обеспечивая плавность и постоянство скорости выполнения движения.

Визуальные критерии: выполнение двигательной задачи адекватно цели, с формированием двигательных синергии в отдаленных регионах (параллельное включение моторных паттернов) и отсутствием избыточных синкинезий в соседних регионах (последовательное включение моторных паттернов).

Оптимальное выполнение функций каждой из 5 групп мышц имеет свои визуальные критерии:

Отсутствие добавочных движений в соседних регионах обеспечивают мышцы-фиксаторы, фиксируя одно из мест прикрепления агониста. Фиксатор сокращается изометрически, сохраняя места своего прикрепления неподвижными. Например, разгибатели спины и брюшные мышцы в моторном паттерне «экстензия бедра». Предварительное изометрическое напряжение фиксаторов играет большую роль в формировании преднастройки организма, его готовности к совершению движения.

Направление движения определяется функцией мышцы-агониста. Она сокращается концентрически, первая сближая места прикрепления.

Однонаправленность движения и обеспечение наиболее короткой траектории реализуют мышцы-нейтрализаторы, устраняющие избыточные движения мышцы-агониста. Нейтрализатор активизируется, сокращаясь изометрически или эксцентрически, сохраняя места своего прикрепления неподвижными или вызывая их взаимоудаление.

Плавность движения и достаточность объема обеспечивается эксцентрическим сокращением антагониста, который, сохраняя силовое напряжение растягивается, удаляя места своего прикрепления друг от друга.

Обеспечение плавности и строгой последовательности перехода моторного паттерна одного сустава в другой — функция синергиста. Синергист имеет одинаковую направленность движения с агонистом, включается в движение одинаковым типом сокращения, поэтому многие авторы не выделяют синергист в дополнительную группу. Однако у синергиста имеется отличительная особенность при функционировании. Наличие мест прикрепления синергиста около 2-х суставов позволяет ему участвовать в моторном паттерне каждого сустава. После исчерпания движения в одном суставе, около которого прикрепляется синергист, этот сустав становится местом фиксации для начала движения в другом суставе.

2. Типичные ошибки положения стоя на обеих ногах.

1. Голова опущена вниз.
2. Не вся подошва стоп имеет прочный контакт с поверхностью.
3. Стопы развернуты носком внутрь (или наружу).
4. Колени направлены внутрь (или наружу).
5. Смещен центр тяжести.
6. Одна нога несет больше веса, чем другая.

7. Одна стопа расположена прямо позади другой, делая расстояние между стопами меньше, чем ширина бедер. Это вызывает уменьшение боковой устойчивости и равновесия. Кроме того, равновесие вперед и назад удерживается с трудом, если стопы помещаются более широко, чем расстояние между бедрами.

8. Ноги слегка согнуты в тазобедренных суставах

3. Коррекция нарушений мышечной регуляции в положении стоя на обеих ногах.

Регионарный постуральный дисбаланс мышц — нарушение тонусно-силового баланса укороченных и расслабленных мышц региона, в результате которого возникает асимметричное взаиморасположение составных элементов региона и искажается их гравитационная отягощенность. Визуальные критерии регионарного постурального дисбаланса мышц:

смещение проекции регионарного срединного отвеса относительно расположения проекции общего срединного отвеса;

нарушение параллельности горизонтальных линий, проводимых через границы региона;

изменение изгиба позвоночника (лордоз, кифоз): его увеличение, сглаженность, деформация (появление сколиоза во фронтальной или горизонтальной плоскости или наличие двух фаз кривизны в сагиттальной плоскости, например, сочетание гиперлордоза верхне-шейного отдела и кифоза средне- и нижне-шейного отделов, сочетание гиперлордоза в грудно-поясничном переходе с кифозом в поясничном отделе, или формирование лордоза в средне- грудном отделе).

Патобиомеханически значимый регионарный постуральный дисбаланс мышц — тот, патобиомеханические изменения которого вызывают формирование неоптимальной статики, в виде «остановленного падения» тела пациента.

Визуальные критерии:

направление смещения проекции регионарного срединного отвеса совпадает с направлением смещения проекции общего срединного отвеса;

непараллельные горизонтальные линии, проходящие через границы региона, образуют угол, открытый в направлении смещения проекции общего центра тяжести в сагиттальной и фронтальной плоскостях.

Компенсаторный вариант регионарного постурального дисбаланса мышц формируется вследствие компенсаторной перегрузки мышц и суставов данного региона, «удерживающих тело пациента от падения». Именно в этом регионе чаще всего локализуется боль и другие субъективные ощущения пациента.

Визуальные критерии:

проекция регионарного срединного отвеса смещена в противоположную сторону относительно направления смещения общего срединного отвеса;

непараллельные горизонтальные линии образуют угол, закрытый в направлении смещения общего центра тяжести (в направлении «остановленного падения» тела пациента).

4. Тренировка положения стоя у стены.

Определенные методы тренировок полезны в изучении стоек. Например, полезно держаться в одной и той же стойке, долгое время сохраняя напряжение. Другой метод: попеременно напрягать и расслаблять мышцы с короткими промежутками, оставаясь в стойке, что помогает развитию координации.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильева, Л.Ф. Визуальная диагностика нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека / Л.Ф. Васильева. – Иваново: МИК, 1996. – 112 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 17
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-9. ТЕМА 9.1. Теоретические концепции обучения и совершенствования двигательных действий в адаптивной физической культуре

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Главные требования к процессу обучения двигательным действиям в адаптивной физической культуре.
2. Понятия «ошибка» и «допустимые отклонения».
3. Основные теоретические концепции «безошибочного» обучения: теория формирования действий и понятий; теория формирования образа в системе психической регуляции деятельности, теория «чистого перцептивного обучения» при освоении исполнительской деятельности; концепция «искусственная управляющая среда»; теория и методика формирования двигательных действий с заданным результатом; средства и методы обучения, основанные на принудительном воздействии на звенья тела человека.
4. Сходства и различия процессов обучения двигательным действиям в различных видах адаптивной физической культуры (адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация, физическая реабилитация).

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Главные требования к процессу обучения двигательным действиям в адаптивной физической культуре.

Оптимальное управление процессом формирования (обучения) и совершенствования двигательных действий — важнейшая задача адаптивной физической культуры.

Особую актуальность проблема оптимизации процесса освоения новых двигательных действий приобретает для лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов, поскольку традиционные средства и методы, используемые для обучения здоровых людей, им не всегда подходят.

Существуют три группы факторов, определяющих стратегию любого процесса обучения.

Первая группа факторов расположена в плоскости потребностно-мотивационных особенностей тех или иных двигательных действий. Другими словами, вся стратегия процесса обучения (приоритет целей, подбор средств и методов, структура процесса обучения и т.д. и т.п.) во многом зависит от того, для удовлетворения каких потребностей происходит освоение действий.

С другой стороны, в креативных телесно-ориентированных практиках основную роль играют не сами по себе результаты деятельности, а «...их психическая переработка личностью, становление внутреннего мира человека, когда открывается истина великого смысла его жизни и жизнедеятельности, творческой сущности и деятельностного существования» (СВ. Дмитриев, 1999). В этом виде адаптивной физической культуры, в адаптивной двигательной рекреации важен не столько результат, сколько процесс самовыражения, реализации своего творческого потенциала, имеющего вполне определенную самостоятельную ценность.

Второй группой факторов, которые необходимо иметь в виду при определении приоритетов целей обучения двигательным действиям, являются особенности, свойства самих двигательных действий.

2. Понятия «ошибка» и «допустимые отклонения».

Ошибка в действии – отклонение за пределы установленных ограничений.

Действительно, в реальном процессе выполнения двигательного действия в принципе невозможно выдержать абсолютно точно значения регулируемых характеристик. Следовательно, при установлении ограничений необходимо указывать не только программные (эталонные, оптимальные) значения характеристик, но и допустимые отклонения от них. Поэтому **ошибки должны фиксироваться не просто по отклонению того или иного значения характеристики от программного (эталонного, оптимального), а по отклонению этого значения за допустимые для данной характеристики пределы — выход за границы дозволенного «коридора».** И пока человек, выполняя двигательное действие, выдерживает значения регулируемых характеристик в установленных пределах, подобные отклонения, обусловленные особенностями психических, физических и других его качеств, расцениваются как двигательные неточности, погрешности, допустимые отклонения, допустимая вариативность, допустимые индивидуальные особенности выполнения. Главным критерием при определении величины допустимых отклонений от эталона является выполнение цели действия, достижение необходимого результата с заданным уровнем качества.

Итак, чтобы определить величину ошибки, необходимо вначале количественно выразить эталон двигательного действия. И только после этого возможно нахождение допустимых от него отклонений. Причем необходимо задать границы «коридора» не только по результату, но и по способу его достижения, т.е. определить не только конечный допустимый разброс характеристик, но и текущий.

В теории физической культуры, спортивной тренировки, теориях отдельных видов спорта количественное определение двигательных ошибок проводится довольно редко, и в подавляющем числе случаев выявляются допустимые (или оптимальные) отклонения либо по конечному результату, либо по какой-то одной из характеристик движения. В практике же

определение двигательных ошибок осуществляется, как правило, по субъективным показателям.

3. Основные теоретические концепции «безошибочного» обучения: теория формирования действий и понятий; теория формирования образа в системе психической регуляции деятельности, теория «чистого перцептивного обучения» при освоении исполнительской деятельности; концепция «искусственная управляющая среда»; теория и методика формирования двигательных действий с заданным результатом; средства и методы обучения, основанные на принудительном воздействии на звенья тела человека.

В состав условий, позволяющих ученику правильно выполнить новое действие, входят, во-первых, описание последовательности операций, из которых состоит новое действие; во-вторых, полный набор ориентиров для каждой из этих операций и, в-третьих, система указаний, как и в каком порядке пользоваться этими ориентирами и каким способом выполнять каждую из операций.

Все это должно быть представлено ученику в таком виде, чтобы он сначала медленно, но с первого же раза правильно мог выполнить каждую операцию и, в конце концов, все действие.

Как отмечают Н.Н. Сачко, П.Я. Гальперин, при формировании правильных действий ученику вначале целесообразно ориентироваться не на кинестезические ощущения от различных случайных проб, а на последовательный ряд внешних ориентиров действия и восприятие действия как объективного процесса. В этот период ученику лучше сосредоточиться не на поисках «правильных кинестезии», а на правильном исполнении самого действия. Лишь такое исполнение впервые производит тот кинестезический комплекс, который закрепляется как образ правильного движения, и в дальнейшем, уже в отсутствие внешних ориентиров, служит для его воспроизведения.

Система таких внешних ориентиров в их пространственно-временной последовательности составляет стереотип внешних раздражителей. В процессе тренировки этот внешний стереотип превращается во внутренний динамический стереотип действия, т.е. в новый функциональный механизм этого действия.

Важно подчеркнуть, что построение полной системы ориентиров означает вместе с тем полное обеспечение действия обратной связью. В соответствии с рассматриваемой теорией в любом действии субъекта различаются две части: ориентировочная и исполнительная.

Ориентировочная часть в свою очередь может быть разделена на собственно ориентировочную и контрольную.

Ориентировочная часть, или «ориентировочная основа действия» (ООД) включает в себя образ системы условий, которые реально использует человек, осуществляющий действие. Как было показано выше, в образ этой системы

условий (или факторов) входят и образ самого действия, и образ среды, в которой оно осуществляется.

Полная ориентировочная основа действия обеспечивает учащегося, так сказать, штурманской картой пути, пользуясь которой он может сразу выполнять новое для него задание. Поскольку характер и успешность исполнения непосредственно зависят от ориентировочной части, основную задачу формирования действия составляет формирование его ориентировочной части; изменение исполнительной части (и отсюда действия в целом) является менее важным.

Для того чтобы формируемое действие было сознательным и произвольным, процесс его усвоения должен включать ряд этапов.

1. Этап формирования схемы ориентировочной основы действия.
2. Этап формирования действия в материальной форме.
3. Этап усвоения действия в форме внешней (громкой) речи.
4. Этап формирования действия в форме внешней речи про себя (беззвучно).
5. Этап усвоения действия в форме внутренней речи.

На **первом этапе** ученик знакомится с ситуацией, осознает задачу, уясняет логическую структуру действия и возможности его осуществления.

На **втором этапе** понятия, которые следует усвоить, должны быть предъявлены обучаемому не в словесной, абстрактной форме, а как вещи, которые можно воспринимать с помощью органов чувств: зрения, осязания, мышечного чувства. В материальной форме, развернуто, с осознанием всех входящих в действие операций осуществляются ориентировочная и исполнительная его части. Материальная форма с самого начала сочетается с громким проговариванием смысла выполняемых операций.

На **третьем этапе** все понятия, усвоенные в материальной форме, оформляются словесно, терминологически. Речь обучаемого содержит конкретные образы тех ощущений, которые характеризуют изучаемое действие и были осознаны в материальной форме на предыдущем этапе. Здесь речь не только описывает действие, но и содержит его.

На **четвертом этапе** действие выполняется в форме внешней речи, но беззвучно, про себя. По остальным характеристикам действие не отличается от действия на предыдущем этапе: оно также развернуто, обобщено, сознательно. Однако, приняв форму беззвучной речи, действие начинает быстро сокращаться, автоматизироваться.

На **пятом этапе** в связи с переходом на внутреннюю речь повышается быстрота операций ориентировки, исполнения (если выполняются перцептивные или умственные действия) контроля и коррекции. Отдельные операции выходят из-под контроля сознания, действие автоматизируется. Сознание контролирует лишь смысловую направленность действия, общую последовательность операций. Более мелкие детали контролируются сознанием выборочно, по мере необходимости.

Образ в системе психической регуляции деятельности и его формирование с помощью перцептивного обучения

В психологии проблема образа принадлежит к числу фундаментальных. Изучение формирования образа окружающей действительности в сознании человека, его функций в поведении и деятельности имеет исключительное значение для психологического обеспечения процессов обучения, в том числе и двигательным действиям, проектирования его деятельности, согласования технических устройств с возможностями человека.

С позиций, разработанных в отечественной психологии, образ представляет собой отражение объективной реальности и является не только звеном в цепи познавательных процессов, но и регулятором предметных действий, обеспечивающим их адекватность предмету, средствам и условиям.

Образ предметен: он отнесен к существующим вне сознания предметам, которые составляют его содержание; вместе с тем он субъективен по форме.

Формирование образа – активный процесс, в ходе которого осуществляется все более полное и глубокое «вычерпывание» информации из окружающей человека действительности. Процесс формирования образа включает в себя целый ряд перцептивных действий, таких, как обнаружение, выделение адекватных задач информативных признаков, обследование выделенных признаков и собственно построение образа.

В ходе развития перцептивных действий формируются и развиваются сенсорные и перцептивные эталоны, оперативные единицы восприятия, сенсомоторные комплексы, перцептивные схемы. Содержание образа непрерывно обогащается, уточняется и корректируется. Он формируется на основе связей между разными органами чувств, объединения всех сенсорных модальностей, однако ведущая роль среди них обычно принадлежит визуальной.

Основными уровнями образного отражения являются сенсорно-перцептивный и «представленческий», в него включаются также вербально-логические процессы, играющие существенную роль в контроле и интеграции сенсорных данных.

Образ, регулирующий сознательную целенаправленную деятельность человека, в том числе и двигательные действия, включает, так или иначе, все три уровня психического отражения.

Успешность двигательных действий во многом зависит от полноты ориентировочной основы действия, ее соответствия объективно существующим условиям решения задачи. Поэтому очень важно правильно определить содержание образа системы условий, объективно необходимых каждому занимающемуся для успешного выполнения эталонной техники разучиваемого двигательного действия без выхода звеньев тела за границы дозволенного «коридора».

Однако задача эта очень сложная, так как наталкивается на следующее противоречие. С одной стороны, для того чтобы правильно выполнить действие, необходимо иметь в сознании правильный образ этого действия и условий его осуществления. С другой стороны, правильный образ,

необходимый учащемуся для выполнения действия, может быть сформирован именно в процессе его осуществления.

В процессе развития двигательной функции человека перцептивные процессы прочерчивают маршруты будущих исполнительных актов и их формирование является неотъемлемой частью формирования движений, действий, навыков. Однако в подавляющем большинстве случаев эти процессы формируются одновременно с осуществлением исполнительных компонентов действий, хотя механизмы перцептивной регуляции, по данным большого количества исследований отечественных и зарубежных психологов, не являются врожденными и требуют на освоение определенных затрат времени и труда.

Вообще формирование афферентного синтеза не является пассивным процессом, полностью определяемым воздействием раздражителей. Это — активная деятельность субъекта, в которой происходит построение перцептивного образа в соответствии со стоящей перед ним задачей. Человек использует не всю афферентную информацию; он отвлекается от несущественных для данной задачи сведений и находит те признаки, которые явно не даны в чувственном восприятии. Таким образом, при афферентном синтезе занимающийся активно отбирает сведения, необходимые для решения данной задачи.

Однако при обучении двигательным действиям в естественных условиях этот процесс осуществляется одновременно с выполнением упражнений, которые в свою очередь исполняются без опоры на правильный образ действия. Этот образ (особенно его сенсорно-перцептивная составляющая) при первых попытках выполнения действия еще крайне неполон, а иногда просто неправилен, что и приводит к «слепым» пробам, ошибкам, а отсюда — к неверным ощущениям, восприятиям, вплоть до образования неверного, ложного психического образа действия.

Одним из возможных путей преодоления рассмотренного выше противоречия является использование искусственных (тренажерных) условий формирования двигательных действий. Главнейшим преимуществом тренажеров является возможность выделить из всей информационной модели содержания обучения только ту ее часть, которая наиболее существенна на данном этапе обучения, возможность отделить моторный компонент от сенсорного.

В этой связи большой интерес представляет исследование Н.Д. Гордеевой и В.П. Зинченко, в котором они впервые поставили вопрос о целесообразности выделения специального этапа освоения действия — **этапа «чистого» перцептивного обучения.**

Как отмечают эти авторы, «в сложных ситуациях, когда субъект не имеет опыта в построении требуемых исполнительных действий, по-видимому, должно происходить выделение специальных этапов формирования образа таких ситуаций». Образ тогда строится посредством перцептивных действий (например, различных типов движений глаз). Моторный же компонент действия при этом отсутствует.

Перцептивное обучение состоит в формировании (или выборе) перцептивного действия, адекватного поставленной задаче. Построение перцептивного образа на первых порах требует развернутых действий и представляет для испытуемых специальную и трудную задачу по обнаружению, выделению, обследованию и осмыслению информативных признаков.

Итак, во время перцептивного обучения занимающиеся должны освоить перцептивные действия, адекватные стоящей перед ними задаче. На их основе затем формируется перцептивный образ, являющийся ядром сенсорного образа, необходимого для регуляции исполнительного акта.

4. Сходства и различия процессов обучения двигательным действиям в различных видах адаптивной физической культуры (адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация, физическая реабилитация).

В физической реабилитации приоритет целей обучения двигательным действиям в большей степени смещен к результату, определяющему ту или иную реакцию организма больного, то или иное воздействие на него физических упражнений.

Более или менее промежуточное положение занимает адаптивное физическое воспитание, где в различных ситуациях приоритет целей может быть отдан как результату, так и процессу обучения.

Прежде всего необходимо показать отличия двигательных действий, преимущественно используемых в адаптивной физической культуре, от предметных (производственных) действий, на материале которых проведено большое количество исследований, и в частности, доказательство возможности организация процесса обучения без ошибок.

Главное отличие двигательных действий, используемых в адаптивной физической культуре, от предметных состоит в том, что итоговый результат, по которому судят о качестве действий, наличии ошибок, во втором случае находится вне самых действий (прорезь в доске, деталь, буквы на бумаге и т.п.), а в первом — выражается их исполнительной (моторной) частью.

При этом временные, силовые, пространственные характеристики, а также их производные: скорость, ускорение отдельных звеньев и всего тела человека, темп, ритм, импульс силы и другие — являются основой, поистине ядром содержания двигательных действий, используемых в адаптивной физической культуре, и особенно в адаптивном спорте. Таким образом, **главная особенность этих действий — повышенные требования к точности воспроизведения перечисленным характеристик в процессе выполнения движений.**

Второй отличительной особенностью двигательных действий, используемых в адаптивной физической культуре, является значительная затрудненность, а иногда вообще невозможность зрительного контроля.

Следующая **третья** отличительная особенность двигательных действий, используемых в адаптивной физической культуре, связана со значительной ролью в процессе их выполнения так называемых гравитационных, инерционных, реактивных и других сил, действие которых во многих случаях не поддается произвольной регуляции, как, например, не поддается управлению траектория общего центра масс тела человека при его нахождении в безопорном положении. Это обусловлено тем, что в адаптивной физической культуре, по сравнению с трудовой деятельностью, занимающийся осуществляет движения более крупными звеньями, что должно приводить, как правило, к перемещению всего тела в пространстве.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

- Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
- Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
- Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
- Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 18
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(2 семестр)

М-9. ТЕМА 9.4. Физическая помощь и страховка при обучении двигательным действиям

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятия «физическая помощь», «страховка».
2. Роль физической помощи и страховки при освоении двигательных действий лицами, имеющими сенсорные, двигательные, интеллектуальные нарушения.
3. Классификация видов физической помощи.
4. Использование физической помощи и страховки (в том числе с помощью тренажеров и технических средств) в процессе освоения двигательных действий с учетом конкретного дефекта (двигательного, сенсорного, интеллектуального) у занимающихся.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Понятия «физическая помощь», «страховка».

Физическая помощь педагога-тренера занимающемуся позволяет эффективно формировать адекватные задачи, двигательные представления, осуществлять постановку управляющих действий, осознанно осваивать их ориентировочную основу, уменьшать отрицательные защитные реакции учеников и др. Другими словами, умения и навыки физического воздействия являются эффективным «орудием» в руках педагога.

Физическая помощь – это физическое воздействие на занимающегося, оказываемое педагогом или управляемыми им техническими средствами и компенсирующее недостающую подготовленность занимающегося с целью обеспечения безопасного решения осваиваемой им двигательной задачи.

Из этого определения следует, что страховка или обеспечение безопасности при решении двигательной задачи является компонентом (частью) более широкого понятия физическая помощь, которая помимо страховки предполагает обеспечение решения осваиваемой двигательной задачи.

Разумеется, не всегда педагогу удастся добиться реализации этой цели — часто приходится полностью переключаться только на обеспечение безопасности занимающегося. Однако это не меняет сути понятия, поскольку стремление педагога, используя различные приемы физического воздействия на учащегося, довести его действия до уровня программных требований, обеспечивающих решение осваиваемой двигательной задачи, является сутью

или основой цели физической помощи как профессионально-педагогического умения.

Тенденция рассматривать страховку как более широкое понятие, чем физическая помощь, обусловлена тем, что цель страховки – обеспечение безопасности на занятиях (предупреждение травм). Достижение этих же целей предусматривает еще целый комплекс различных мероприятий — обеспечение санитарно-гигиенических условий (температурный режим, освещенность и т.п.), правильное расположение спортивных снарядов, обеспечение дисциплины на уроке и т.п. Однако включать все это в понятие страховки нецелесообразно.

Поэтому, исходя из сказанного и определения физической помощи, под **страховкой** будем понимать готовность педагога осуществить самые разнообразные приемы физической помощи для обеспечения безопасности в процессе выполнения занимающимся двигательного действия (решения двигательной задачи).

2. Роль физической помощи и страховки при освоении двигательных действий лицами, имеющими сенсорные, двигательные, интеллектуальные нарушения.

Анализ литературных источников, педагогические наблюдения, опрос преподавателей и тренеров позволяют констатировать, что умения и навыки оказания физической помощи являются сложными профессионально-педагогическими компонентами мастерства педагогов, требующими от них максимальной концентрации внимания, наличия сформированных сенсорно-перцептивных составляющих действия, тонких дифференцировок мышечных усилий, предвидения возможных критических ситуаций по особым признакам протекания движений, высокого уровня развития силовых и скоростно-силовых качеств и др.

3. Классификация видов физической помощи.

В.Н. Морозов выделил следующие основные приемы физической помощи:

1. проводка – действия педагога, сопровождающие ученика по всему упражнению или отдельной его фазе;
2. фиксация – длительная задержка ученика в определенной части (точке) движения;
3. подталкивание – кратковременная помощь при перемещении ученика снизу вверх;
4. поддержка – кратковременная помощь при перемещении ученика сверху вниз;
5. подкрутка – кратковременная помощь ученику при выполнении поворотов.

В.Н. Курьсь, добавил к приемам, выделенным В.Н. Морозовым, еще один прием - «обкрутка», систематизировал приемы физической помощи и страховки, применяемые педагогом с использованием технических средств

(подвесным поясом - «лонжей» различных конструкций – неподвижной, подвижной, комбинированной), подробно рассмотрел технику различных приемов оказания помощи при работе спортсмена на вспомогательных снарядах (трамплин, батут, тренажерные дорожки и др.).

В зависимости от величины усилий, развиваемых педагогом в процессе оказания помощи, все приемы условно делятся на три группы:

1. приемы, выполняемые с минимальной величиной усилий;
2. приемы, выполняемые со значительной величиной усилий;
3. приемы, выполняемые с максимальной величиной усилий.

Такой классификационный признак, как скорость выполнения приема, дает основания для выделения: 1) медленных, 2) быстрых и 3) взрывных действий педагога.

Возвращаясь к рассмотрению классификации приемов физической помощи, отметим, что важным классификационным признаком является направление приложения усилий педагога. В соответствии с этим признаком все приемы помощи разделены на четыре группы, в которых усилия педагога направлены:

1. против действия силы тяжести;
2. в плоскости движения занимающегося;
3. перпендикулярно или под углом к плоскости движения занимающегося и
4. с изменением направления усилий.

4. Использование физической помощи и страховки (в том числе с помощью тренажеров и технических средств) в процессе освоения двигательных действий с учетом конкретного дефекта (двигательного, сенсорного, интеллектуального) у занимающихся.

Существенными недостатками физической помощи является отсутствие эффективных средств механического принуждения к копированию больным ребенком естественных навыков движения здорового человека, поскольку воздействие осуществляется лишь с помощью руки и словесных наставлений. Контролировать правильную постановку ноги очень трудно.

Для ребенка с умственной патологией данные способы малоэффективны. Суть тандотерапии заключается в том, что больного принуждают повторять циклы естественных движений, которые передаются через механическую связь от соответствующей части тела обучающего здорового человека – тандотерапевта (инструктора).

Другими словами, больной, находящийся перед тандотерапевтом, соединяется жесткой механической связью в единый тандем с последним. Руки, ноги, корпус и голова инструктора связаны с соответствующими частями тела ребенка. Любое движение, выполненное тандотерапевтом, за счет соответствующего механизма передачи движения заставляет обучаемого выполнить аналогичное движение.

Варианты механической связи могут быть различными и используются как вместе, так и в отдельности (в зависимости от того, каким движениям надо обучать).

Наиболее перспективными направлениями развития данной группы умений и навыков являются приемы, основанные на использовании принципов тандотерапии, императивных тренажеров и приспособлений-шин, распределяющих силу воздействия на звенья человека на максимально возможную площадь.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.

Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкина. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.

Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 19
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(3 семестр)

М-10. ТЕМА 10.1. Основные закономерности развития двигательных способностей

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Особенности сенситивных периодов у детей с нарушениями в развитии.
2. Влияние нарушенного хода развития на физическое и функциональное состояние детей.
3. Значение своевременного выявления отстающих в развитии двигательных способностей.
4. Педагогические приемы, повышающие эффективность коррекционного воздействия на двигательные способности.
5. Специфика развития двигательных способностей у детей с нарушениями развития (особенности применения средств и методов).
6. Комплексная коррекция координационных способностей – специфическая задача адаптивной физической культуры.
7. Влияние тяжести и структуры основного дефекта на уровень построения движений.
8. Оптимальное управление процессом формирования (обучения) и совершенствования двигательных действий.
9. Современные методики обучения людей с нарушениями в развитии двигательным действиям.
10. Роль тренажеров и технических приспособлений в обучении двигательным действиям людей с нарушенным развитием.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Особенности сенситивных периодов у детей с нарушениями в развитии.

Критические периоды характеризуются повышенной активностью отдельных генов и их комплексов, контролирующих развитие конкретных качеств организма. В эти периоды происходят: значительная перестройка регуляторных процессов; качественный и количественный скачок в развитии отдельных органов и функциональных систем, результатом чего является

возможность адаптации к новому уровню существования организма и его взаимодействия со средой.

Сенситивные периоды – это периоды снижения генетического контроля и повышенной чувствительности организма к средовым влияниям, в том числе педагогическим и тренировочным.

Критические и сенситивные периоды совпадают лишь частично. Если критические периоды создают морфофункциональную основу существования организма в новых условиях жизнедеятельности (например, переходный возраст у подростка), то сенситивные периоды реализуют эти возможности, обеспечивая адекватное функционирование систем организма соответственно новым требованиям окружающей среды [2].

| Качества | 4 года | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 лет |
|-----------------|--------|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--------|
| Гибкость | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | | | | | |
| Ловкость | | | | + | + | + | + | + | + | + | + | | | | | | |
| Быстрота | | | | | | | + | + | + | + | + | + | | | | | |
| Скоростная сила | | | | | | | | + | + | + | + | | | | | | |
| Сила | | | | | | | | | | | + | + | + | + | | | |
| Выносливость | | | | | | | | | | | | + | + | + | + | + | + |

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
2. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 20
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(3 семестр)

М-10. ТЕМА 10.2. Физическая нагрузка как структурная основа развития и совершенствования двигательных способностей

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «физическая нагрузка».
2. Подбор физической нагрузки в зависимости от возраста, пола и уровня физической подготовленности.
3. Понятие оптимального чередования нагрузки и отдыха.
4. Способы дозирования физической нагрузки.
5. Влияние физической нагрузки на развитие и совершенствование физических способностей у разных категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья: с нарушениями слуха, зрения, разными формами двигательных нарушений, интеллектуальной недостаточностью, соматическими (висцеральными) нарушениями.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Понятие «физическая нагрузка»

Физическая нагрузка - это определенная мера влияния физических упражнений на организм занимающихся, а также степень преодолеваемых при этом субъективных и объективных трудностей. Два разных по уровню физической подготовленности студента, выполняя одинаковую мышечную работу, получают разную по величине нагрузку. То есть нагрузка - это не сама работа, а ее следствие. Действием нагрузки является ответная реакция организма на выполненную работу. Молодой организм не может нормально развиваться без достаточной двигательной активности, без физической нагрузки. От правильной нагрузки, от ее объема и интенсивности зависят результаты занятий физическими упражнениями. Под объемом понимают количество физической нагрузки за одну тренировку, неделю, месяц, выраженное в мерах времени, веса, длины, в количестве выполненных упражнений. Интенсивность — это объем работы, выполненной в единицу времени. Распределение нагрузки на занятиях должно соответствовать возрасту и физическим возможностям занимающихся, степени тренированности спортсменов. От занятия к занятию она должна постепенно повышаться.

2. Подбор физической нагрузки в зависимости от возраста, пола и уровня физической подготовленности

Оптимальная частота занятий физкультурой для лиц любого возраста большинством авторов определяется 2 – 5 раз в неделю. При этом 5 занятий в неделю могут быть рекомендованы людям молодого возраста и в ряде случаев среднего возраста. Однако в течение года они должны заниматься оздоровительной физкультурой не менее 300 часов. Людям пожилого и старческого возраста заниматься 2 – 3 раза в неделю вполне достаточно.

Длительность занятий может колебаться от 20 до 90 минут. Причем, она определяется их интенсивностью, а именно: чем меньше интенсивность, тем больше длительность. Следует подчеркнуть, что лучший оздоровительный эффект достигается при длительности занятий от 30 до 60 минут. При этом интенсивность занятий должна быть средней. Высокая интенсивность занятий нередко является причиной возникновения нарушения состояния здоровья занимающихся, в том числе и появление у них заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Следует учитывать, что положительные сдвиги в организме, в том числе и в липидном спектре крови, происходят, начиная с величины физической нагрузки не уровне 50% и более использования максимального поглощения кислорода или 65% и более от максимальной для данного возраста частоты пульса. Только такая интенсивность физической нагрузки приводит к повышению липопротеидов высокой плотности и к снижению липопротеидов низкой плотности.

Интенсивность мышечных нагрузок у физически подготовленных людей молодого возраста может колебаться от 65% до 90% использования свойственного им резерва частоты пульса. Это требует увеличения поглощения кислорода во время мышечной деятельности до 50 – 80% от его максимального поглощения.

Резерв частоты пульса определяется следующим образом: сначала по формуле « $220 - \text{возраст в годах}$ » вычисляют максимальную частоту пульса, затем определяют резерв частоты пульса вычитанием из максимальной частоты пульса частоты пульса в покое. Например, у мужчины или женщины 30 лет частота пульса в покое равна 70 в минуту. Исходя из этих данных, максимальная частота пульса будет равна 190 в минуту ($220 - 30$), резерв частоты пульса – 120 ($190 - 70$). 65% от резерва частоты пульса составит 78 ударов в минуту, 90% - 108 ударов в минуту. Прибавляя эти данные к частоте пульса в покое, получаем частоту пульса при использовании его резерва на 65% равной 148 в минуту ($70 + 78$) и при использовании его резерва на 90% - 178 в минуту ($70 + 108$).

Однако физические нагрузки при частоте пульса 178 в минуту доступны не всем людям молодого возраста, так как требуют наряду с хорошим здоровьем также достаточно высокой физической подготовленности организма. Поэтому будет правильнее нормировать нагрузку у них, особенно в начале занятий оздоровительной физкультурой, используя учащение пульса

во время мышечной деятельности до 75% от максимальной частоты пульса. В примере, приведенном выше, такая частота пульса будет равна 143 в минуту. В середине занятия частота пульса у них может периодически достигать 150 – 170 в минуту. Некоторые авторы рекомендуют на фоне интенсивности нагрузки, вызывающей учащение пульса на 65 – 85% от его максимальной величины, включать в занятия от 1 до 3 «пиков» нагрузки, вызывающей учащение пульса на 90 – 100% от его максимума.

Для людей остальных возрастных групп физическую нагрузку можно нормировать таким же образом. При этом у физически хорошо подготовленных лиц, отнесенных к 1-й или основной группе, частота пульса во время занятий оздоровительной физкультурой периодически может достигать 75% от максимальной частоты пульса и 65% у лиц, отнесенных ко 2-й или подготовительной группе. При этом в середине занятия у лиц среднего возраста частота пульса не должна превышать 145 в минуту, у лиц пожилого возраста – 140 в минуту.

3. Понятие оптимального чередования нагрузки и отдыха.

В принципе систематичности и последовательности отражается необходимость системного чередования физических нагрузок и отдыха. Очевидно, что эффективной может быть лишь такая система, которая обеспечивает постоянную взаимосвязь между отдельными занятиями. Небольшие нагрузки или продолжительные интервалы отдыха между занятиями не приводят к развитию тренированности. Слишком большие нагрузки и короткие интервалы отдыха между занятиями могут привести к превышению адаптационных возможностей организма и к перетренированности. Нагрузка и отдых должны чередоваться так, чтобы каждое последующее занятие проходило «по следам» предыдущего, углубляя и закрепляя положительные физиологические сдвиги. Таким образом, последовательностью дискретных тренировочных занятий создается непрерывность тренировочного процесса.

На занятиях по физическому воспитанию объем нагрузок и их частота в основном зависят от уровня тренированности, особенностей организма, возраста и пола занимающихся.

Последовательность занятий разной направленности может иметь много вариантов. Систематическое использование неадекватных возможностям организма нагрузок разной направленности, кроме снижения роста тренированности, влечет за собой, как правило, и вероятность получения травм.

Принцип постепенности предусматривает необходимость наращивания величины нагрузки на организм на основе последовательной реализации усложняющихся двигательных заданий (упражнений), планомерного увеличения объема и интенсивности тренировочных нагрузок по мере роста функциональных возможностей организма.

Постепенность увеличения нагрузок является гарантом развития тренированности. Постепенность усложнения развивающе-тренирующих

воздействий отражается в динамике физических нагрузок. Постепенность может проявляться и в регулярной смене самого состава упражнений и условий их выполнения. Изменение параметров нагрузки при выполнении упражнений приводит к появлению волнообразности их динамики.

Оптимальная частота занятий для начинающих - 3 раза в неделю. Более частые тренировки могут привести к переутомлению и травмам опорно-двигательного аппарата, так как восстановительный период после занятий у людей среднего возраста увеличивается до 48 ч. Увеличение количества занятий у подготовленных любителей оздоровительного бега до 5 раз в неделю недостаточно обоснованно, так как дополнительный прирост МПК в этом случае очень незначительный или же вообще не наблюдается. Уменьшение количества занятий до двух в неделю значительно менее эффективно и может использоваться лишь для поддержания достигнутого уровня выносливости (но не ее развития). При этом возможно снижение интенсивности нагрузки до нижнего - предела - при увеличении продолжительности занятия.

Интересные данные в отношении оптимальной частоты занятий получены Е.А. Пироговой (1985). При сравнении эффективности 2-, 3- и 5-разовых занятий по 30 мин (с интенсивностью 60 % МПК) обнаружено, что улучшение ряда функциональных показателей более выражено при трех тренировках, чем при пяти. Ухудшение некоторых показателей деятельности сердечнососудистой системы при 5-разовых тренировках объясняется тем, что в этом случае занятия частично проходят на фоне неполного восстановления, тогда как при 3-разовых тренировках организм имеет большие возможности для полноценного отдыха и восстановления. В связи с этим рекомендации некоторых авторов о необходимости ежедневных (разовых) тренировок в оздоровительном беге лишены оснований. Однако при уменьшении интенсивности нагрузки ниже оптимальной (например, при тренировке в оздоровительной ходьбе) частота занятий должна быть не менее 5 раз в неделю.

4. Способы дозирования физической нагрузки

При всех методах применения физических упражнений первостепенное значение имеет дозирование физической нагрузки и сочетание ее с отдыхом. Физическая нагрузка должна быть адекватна функциональным возможностям больного. Чрезмерно малая и большая нагрузка не окажет достаточного лечебного действия. Нагрузка дозируется выбором исходных положений, подбором упражнений, числом общеразвивающих и дыхательных упражнений, их продолжительностью, числом повторений каждого упражнения, темпом, амплитудой движений, степенью силового напряжения, сложностью движений, их ритмом, эмоциональностью занятий, их плотностью. В лечебной физической культуре выбор исходных положений зависит от двигательного режима, назначенного врачом. Различают три основных исходных положения: лежа (на спине, на животе, на боку), сидя (в постели, на стуле, на ковре с прямыми ногами, сидя в постели или на стуле со спущенными ногами), стоя (на четвереньках – коленно-кистевое, на

получетвереньках – коленно-локтевое, стоя без опоры, с опорой на костыли, палки, ходилки, брусья, перекладину, гимнастическую стенку, спинку стула и т.д.)

Подбор физических упражнений и определение их продолжительности осуществляют с учетом принципа постепенности (от легкого к трудному, от простого к сложному), а также особенностей личности больного и течения болезни. Продолжительность физических упражнений определяют фактическим временем, затрачиваемым больным на их выполнение. Это зависит от сложности упражнений, числа упражнений в комплексе, индивидуальной реакции организма больного на нагрузку. Число повторений каждого упражнения зависит от особенностей течения болезни, числа, характера и вида упражнений, входящих в данный комплекс, продолжительности их выполнения. Число повторений упражнений для мелких мышечных групп может быть большим, чем для крупных. Темп выполнения движений может быть разным. Различают медленный, средний и быстрый темп. В условиях стационара упражнения выполняют обычно в медленном и среднем темпе, на поликлиническом и санаторном этапах реабилитации – в медленном, среднем и быстром. Уменьшение или увеличение амплитуды (размаха) движений также позволяет регулировать физическую нагрузку. Степень силового напряжения при выполнении движений зависит от волевого напряжения, применения отягощения, сопротивления или их сочетания. Отягощение может осуществляться весом собственного тела, весом предметов, весом или сопротивлением партнера. Степень сложности движений также влияет на величину нагрузки. Усложнять упражнения необходимо постепенно, по мере овладения ими, а также по мере роста функциональных возможностей организма. Ритм движений или система их чередования оказывает большое влияние на работоспособность. Правильно подобранный ритм движений отодвигает наступление утомления. Ритмичность движений способствует уменьшению нагрузки на нервную систему за счет выработки автоматизма. Число общеразвивающих и дыхательных упражнений в занятии зависит от периода и характера заболевания. По мере выздоровления удельный вес этих упражнений снижается за счет введения специальных упражнений. В отдельных случаях, например, при заболеваниях органов дыхания, пищеварения или в послеоперационном периоде, данные упражнения являются специальными. Использование эмоционального фактора состоит в создании у больного на занятиях физическими упражнениями положительных эмоций. Это повышает лечебно-оздоровительный эффект занятий и отодвигает наступление утомления. Большое значение для дозирования физической нагрузки имеет плотность занятия. Ее определяют отношением длительности фактического выполнения упражнения к длительности всего занятия. В лечебной физической культуре плотность нагрузки достигает 25-30%. В основном она зависит от длительности перерывов между отдельными упражнениями. В лечебно-оздоровительной физической культуре плотность нагрузки значительно повышается. Интенсивность физических упражнений может быть малой, умеренной,

большой и максимальной (В.К.Добровольский). К упражнениям малой интенсивности относятся упражнения с участием в движении малых и средних мышечных групп, выполняемые в медленном и среднем темпе, статические дыхательные упражнения и упражнения в расслаблении мышц. Исходные положения не должны вызывать больших статических напряжений и затруднять выполнение упражнений. Физиологические сдвиги при выполнении данных упражнений незначительные: небольшое изменение ЧСС, умеренное повышение максимального и понижение минимального давления крови, урежение и углубление дыхания.

Дозировать необходимо общую и местную физические нагрузки. Общая нагрузка складывается из энергетических затрат организма на выполнение мышечной работы во всех физических упражнениях. О соответствии ее возможностям больного можно судить по внешним признакам утомления и реакции сердечно-сосудистой и дыхательной систем – динамике ЧСС и дыхания. Местная физическая нагрузка оказывает в основном локальное воздействие. Примером такой нагрузки являются упражнения для восстановления движения парализованных мышц. В зависимости от задач в различные периоды лечения выделяют три основных варианта (как общих, так и местных) дозировки нагрузок: лечебные, тонизирующие (поддерживающие) и тренирующие. Лечебная дозировка применяется в тех случаях, когда необходимо в первую очередь оказать терапевтическое воздействие на пораженную систему или орган, сформировать компенсации, предупредить осложнения. При этом общая физическая нагрузка в занятиях обычно небольшая и от занятия к занятию увеличивается незначительно. При ухудшении состояния она снижается. Местная физическая нагрузка складывается из специальных упражнений и может быть малой (например, в начальный период лечения больных с невритом лицевого нерва) или умеренной (например, при лечении переломов в период иммобилизации). Признаков общего утомления при этом может не наблюдаться, хотя часто отмечается утомление отдельных мышечных групп. Физиологические сдвиги со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем мало выражены. Тонизирующая (поддерживающая) дозировка применяется в удовлетворительном состоянии больного при длительной иммобилизации, хронических заболеваниях с волнообразным течением, после окончания восстановительного лечения с максимально возможным лечебным эффектом. Общие и местные физические нагрузки зависят от функциональных возможностей организма в целом, отдельного пораженного органа или системы. Они должны стимулировать функции основных систем, т.е. оказывать тонизирующее действие и поддерживать достигнутые результаты лечения. Применяются физические упражнения умеренной или большой интенсивности. Характерная особенность этого варианта дозировки нагрузок заключается в том, что они не увеличиваются в процессе курса физической реабилитации. Занятие не должно утомлять больного, а вызывать чувство бодрости, прилива сил, улучшение настроения. Тренирующая дозировка применяется в период выздоровления и в период восстановительного лечения,

когда необходимо нормализовать все функции организма больного, повысить его работоспособность или добиться высокой степени компенсации. Физические нагрузки при выполнении как общеразвивающих, так и специальных упражнений от занятия к занятию повышаются за счет различных методических приемов и дозируются так, чтобы вызывать утомление. Физиологические сдвиги в деятельности основных систем, как правило, значительные, но зависят от заболевания и состояния больного. Тренирующее воздействие в определенные периоды заболевания могут оказывать и упражнения умеренной интенсивности при постепенно увеличивающейся дозировке. Для определения объема физических нагрузок, оказывающих тренирующее воздействие, проводят различные тесты.

5. Влияние физической нагрузки на развитие и совершенствование физических способностей у разных категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья: с нарушениями слуха, зрения, разными формами двигательных нарушений, интеллектуальной недостаточностью, соматическими (висцеральными) нарушениями

Коррекционно-развивающее направление АФК имеет широкий диапазон решений педагогических задач, которые условно можно объединить в следующие группы:

- коррекция основных движений в ходьбе, беге, плавании, метании, прыжках, передвижении на лыжах, упражнениях с предметами и др.;
- коррекция и развитие физической подготовленности;
- коррекция и развитие координационных способностей;
- коррекция и профилактика соматических нарушений;
- профилактика, коррекция и развитие психических и сенсорно-перцептивных способностей;
- развитие познавательной деятельности;
- формирование личности ребенка.

По данным президентской программы "Дети России" число детей, обучающихся в специальных школах, за последние три года возросло на 34 тыс., однако, если численность детей с нарушением слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата не изменяется, то среди групп с нарушением интеллекта и задержки психического развития их число возрастает почти вдвое. Повышению числа умственно отсталых детей способствует такой фактор, как женский алкоголизм и курение во время беременности.

Американская ассоциация врачей, изучающих умственную отсталость, характеризуется следующими критериями: коэффициентом интеллекта (IQ) ниже 70; недостаточностью социальной компетенции индивидуума; возникновением этого дефекта в период развития, т.е. до 18-летнего возраста.

3 Особенности работы с умственно отсталыми детьми.

Из всех нарушений здоровья человека умственная отсталость является самой распространённой. В мире насчитывается более 300 млн. человек с умственной отсталостью. Специалисты, занимающиеся изучением данной категории детей, определяют умственную отсталость не как болезнь, а как состояние психического недоразвития, характеризующееся многообразными признаками, как в клинической картине, так и в комплексном проявлении физических, психических, интеллектуальных, эмоциональных качеств.

Понять особенности нарушения психомоторики умственно отсталых детей возможно, опираясь на уровневую теорию организации движения Н.А. Бернштейна. Двигательные проявления этих детей отражают недостаточность психологической организации движений. Особенно выражена недостаточность во второсигнальной организации движений. Слово не несет смысловой нагрузки, не является регулятором двигательной деятельности. Недостаточность смыслового предметного уровня организации движений вызывает компенсаторное выполнение двигательного акта на более сохранном пространственном уровне.

Психомоторика отражает особенности состояния коркового уровня организации движений, затормаживает проявление подкорково-спинальных автоматизмов. На фоне этого выступает недостаточность нижележащих церебральных уровней, с присущей каждому уровню клиникой двигательной недостаточности. Недостаточность выражается в нарушении регуляции мышечного тонуса с повышением или понижением тонических рефлексов, приводящих к застигиванию в неудобной позе и невозможности удержать конечность в определенном положении, в бедности выразительных, пластических движений при перемещениях в пространстве. При недостаточности теменно-премоторного уровня наблюдается слабость в интеллектуальном, с опорой на память, решение двигательных задач; затруднении автоматизации предметных действий из-за повышенного внимания деталям движения.

Существует несколько степеней отсталости:

1. Умственная отсталость в глубокой степени обусловлена многочисленными тяжелыми признаками, диагностируется на первом году жизни, основывается на данных о здоровье семьи, течение беременности и родов, на результатах генетических и пренатальных исследований.

2. Умственная отсталость в тяжелой степени обусловлена совокупным воздействием множества факторов, ведущими из которых являются наследственные (хромосомные мутации), совокупность генетических влияний и специфических патогенных воздействий среды (травмы, нейроинфекции).

3. Умственная отсталость умеренной степени обусловлена, выявляют в младенческом возрасте (4-6 мес.), такие дети начинают позже держать голову, говорить, ходить после трех лет, страдает моторика.

4. Умственная отсталость легкой степени обусловлена воздействием этиологических факторов семейно-конституционального (наследственного) характера в совокупности с отрицательными воздействиями культурно-семейного и биологического характера.

Так, в работе со здоровыми детьми специально не выделяют упражнения на включение в движение, на координацию, воздействующие на вестибулярный аппарат. Считается, что любое физическое упражнение в какой-то мере используется в этих целях. Но у аномальных детей имеются настолько значительные дефекты при включении в движение, координации движений и сохранении равновесия, что восстановить их общими упражнениями не удастся. В реабилитации умственно отсталых детей выделяют: общеподготовительные и общеразвивающие упражнения, используемые в малых формах занятий, и специальные (ходьба, бег, лазание и т.д.), которые обычно не относятся к этой группе.

Самостоятельно заниматься люди с нарушенным интеллектом не могут. Занятия с олигофренами строятся по общепринятым принципам. Имеет вводную, основную и заключительную часть. Физиологическая кривая нагрузки, как правило, одно- или двухвершинная. Количество упражнений на первых занятиях колеблется в пределах 6-7, постепенно увеличивая до 10-15. Дозировка каждого упражнения не превышает 4-5 раз. Необходимо учитывать, что специфика рефлекторной задержки дыхательного акта при активной двигательной деятельности требует использования дыхательных упражнений статического и динамического характера с акцентом на удлиненный выдох. Это обусловлено требованиями к охранительному режиму.

Так же значительное место в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья занимает игра. Загадка и ценность игры имеют глубокие внутренние корни, так как стремление человека играть, зарождаясь еще в раннем детском возрасте, сопровождает его всю жизнь до глубокой старости: от погремушки и куклы до азартных игр. Тайна этого феномена лежит в психофизиологической сфере человека. Действительно, если ребенок долго сидит в одной и той же позе, то он чувствует потребность в движении. Энергия ищет выхода, и ребенок совершает движения без всякой цели: бегают, прыгает, толкается. Бесспорно, некоторые игры основываются на избавлении от скопившейся энергии, на переключении деятельности.

Игра - это неотъемлемый элемент жизни, человеческой культуры, связывающий поколения.

Психологической основой игры является господство чувств в душе ребенка, свобода их выражения, искренний смех, слезы, восторг, то есть та естественная эмоциональная сущность ребенка, которая ищет выражения как в физической, так и в психической сфере.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
2. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении

плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов,
В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 21
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(3 семестр)

М-10. ТЕМА 10.8. Общая и специальная тренировка в адаптивной физической культуре

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Основы общей и специальной тренировки в адаптивной физической культуре.
2. Сочетание общего и местного воздействия физических упражнений.
3. Основные условия, обеспечивающие эффективность общей и специальной тренировки в адаптивной физической культуре.
4. Соотношение средств общей и специальной подготовки в различных структурных частях занятия.
5. Особенности построения занятий в адаптивной физической культуре.
6. Правила проведения занятия адаптивной физической культурой с учетом общего и специального воздействия на организм занимающегося.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Основы общей и специальной тренировки в адаптивной физической культуре.

В основе адаптивной физической культуры (АФК) лежит использование биологической функции организма – движения, которое являясь основным стимулом роста, развития и формирования организма, активизирует деятельность всех его систем и способствует повышению общей работоспособности. Реализация указанного эффекта в АФК происходит во время проведения общей и специальной тренировки.

Общая тренировка способствует оздоровлению и укреплению всего организма больного. При ее проведении используют все формы, средства и методы адаптивной физической культуры.

Специальная тренировка направлена на восстановление нарушенных функций в результате травмы или заболевания одного органа или системы. При этом используют те формы, средства и методы адаптивной физической культуры, которые оказывают непосредственное воздействие на травмированный участок или заболевший орган, систему.

2. Сочетание общего и местного воздействия физических упражнений.

Основными средствами АФК являются физические упражнения и естественные факторы природы. Физических упражнений много, и они по-разному влияют на организм.

Классификация физических упражнений.

Физические упражнения в АФК делят на три группы: гимнастические, спортивно-прикладные и игры.

Гимнастические упражнения. Состоят из сочетанных движений. С их помощью можно воздействовать на различные системы организма и на отдельные мышечные группы, суставы, развивая и восстанавливая силу мышц, быстроту, координацию и т. д. Все упражнения подразделяются на общеразвивающие (общеукрепляющие), специальные и дыхательные (статические и динамические).

Общеукрепляющие упражнения. Применяют для оздоровления и укрепления организма, повышения физической работоспособности и психоэмоционального тонуса, активизации кровообращения, дыхания. Эти упражнения облегчают лечебное действие специальных.

Специальные упражнения. Избирательно действуют на опорно-двигательный аппарат. Например, на позвоночник — при его искривлениях, на стопу — при плоскостопии и травме. Для здорового человека упражнения для туловища являются общеукрепляющими; при остеохондрозе, сколиозе их относят к специальным, так как их действие направлено на решение задач лечения — увеличение подвижности позвоночника, коррекцию позвоночника, укрепление окружающих его мышц. Упражнения для ног являются общеукрепляющими для здоровых людей, а после операции на нижних конечностях, травме, парезах, заболеваниях суставов эти же упражнения относят к специальным. Одни и те же упражнения в зависимости от методики их применения могут решать разные задачи. Например, разгибание и сгибание в коленном или другом суставе в одних случаях направлено для развития подвижности, в других — для укрепления мышц, окружающих сустав (упражнения с отягощением, сопротивлением), в целях развития мышечно-суставного чувства (точное воспроизведение движения без зрительного контроля). Обычно специальные упражнения применяют в сочетании с общеразвивающими.

Гимнастические упражнения подразделяют на группы: - по анатомическому признаку; - по характеру упражнения; - по видовому признаку; - по признаку активности; - по признаку используемых предметов и снарядов.

По анатомическому признаку выделяют следующие упражнения: - для мелких мышечных групп (кисти, стопы, лицо); - для средних мышечных групп (шея, предплечья, плечо, голень, бедро); - для крупных мышечных групп (верхние и нижние конечности, туловище), - комбинированные. По характеру мышечного сокращения упражнения подразделяют на две группы: - динамические (изотонические); - статические (изометрические). Сокращение мышцы, при котором она развивает напряжение, но не изменяет своей длины, называется изометрическим (статическим). Например, при активном

поднимании ноги вверх из исходного положения легка на спине больной выполняет динамическую работу (подъем); при удержании поднятой вверх ноги в течение некоторого времени работа мышц осуществляется в изометрическом режиме (статическая работа). Изометрические упражнения эффективны при травмах в период иммобилизации. Чаще всего используют динамические упражнения. При этом периоды сокращения чередуются с периодами расслабления. По характеру различают и другие группы упражнений. Например, упражнения на растягивание применяют при тугоподвижности суставов. По видовому признаку упражнения подразделяют на упражнения: - в метании, - на координацию, - на равновесие, - в сопротивлении, - висы и упоры, - лазание, - корригирующие, - дыхательные, - подготовительные, - порядковые. Упражнения в равновесии используют для совершенствования координации движений, улучшения осанки, а также для восстановления этой функции при заболеваниях ЦНС и вестибулярного аппарата. Корригирующие упражнения направлены на восстановление правильного положения позвоночника, грудной клетки и нижних конечностей. Упражнения на координацию восстанавливают общую координацию движений или отдельных сегментов тела. Применяются из разных ИП с различным сочетанием движений рук и ног в разных плоскостях. Необходимы при заболеваниях и травмах ЦНС и после длительного постельного режима. По признаку активности динамические упражнения разделяют на следующие: - активные, - пассивные, - на расслабление. Для облегчения работы мышц-сгибателей и мышц-разгибателей руки и ноги упражнения проводят в ИП лежа на боку, противоположном упражняемой конечности. Для облегчения работы мышц стопы упражнения проводят в ИП на боку на стороне упражняемой конечности. Для облегчения работы приводящих и отводящих мышц рук и ног упражнения проводят в ИП на спине, животе. Для усложнения работы мышц-сгибателей и мышц-разгибателей руки и ноги упражнения проводят в ИП лежа на спине, животе. Для усложнения работы приводящих и отводящих мышц рук и ног упражнения проводят в ИП лежа на боку, противоположном упражняемой конечности. Для выполнения упражнений с усилием применяют сопротивление, оказываемое инструктором или здоровой конечностью. Мысленно воображаемые (фантомные), идеомоторные упражнения или упражнения «в посылке импульсов к сокращению» выполняют мысленно, применяют при травмах в период иммобилизации, периферических параличах, парезах. Рефлекторные упражнения заключаются в воздействии на мышцы, отдаленные от тренируемых. Например, для укрепления мышц тазового пояса и бедра применяют упражнения, укрепляющие мышцы плечевого пояса. Пассивными называют упражнения, выполняемые с помощью инструктора, без волевого усилия больного, при отсутствии активного сокращения мышцы. Пассивные упражнения применяют, когда больной не может выполнить активное движение, для предупреждения тугоподвижности в суставах, для воссоздания правильного двигательного акта (при парезах или параличах конечностей). Упражнения на расслабление

снижают тонус мышц, создают условия отдыха. Больных обучают «волевому» расслаблению мышц с использованием маховых движений, встряхиваний. Расслабление чередуют с динамическими и статическими упражнениями. Общие основы. АФК 37 сопротивления, которое осуществляет инструктор, надавливая руками в подключичной области; - нижегрудное дыхание с участием диафрагмы с сопротивлением от давления рук инструктора в области нижних ребер; - верхнегрудное дыхание справа с сопротивлением при нажатии руками инструктора в верхней части грудной клетки; - использование надувных игрушек, мячей. Различают общие и специальные дыхательные упражнения. Общие дыхательные упражнения улучшают вентиляцию легких и укрепляют основные дыхательные мышцы. Специальные дыхательные упражнения применяют при заболеваниях легких, при парезах и параличах дыхательной мускулатуры. Дренажными дыхательными упражнениями называют упражнения, способствующие оттоку отделяемого из бронхов в трахею с последующим выделением мокроты во время откашливания. Для лучшего оттока отделяемого из пораженной зоны используют статические и динамические дыхательные упражнения. Дренажные упражнения проводят в исходных положениях легка на животе, на спине, на боку с приподнятым ножным концом кровати, сидя, стоя. Выбор исходного положения зависит от локализации поражения.

Спортивно-прикладные упражнения. К спортивно-прикладным упражнениям относятся ходьба, бег, ползание и лазание, бросание и ловля мяча, гребля, ходьба на лыжах, коньках, езда на велосипеде, терренкур (дозированное восхождение), пешеходный туризм. Наиболее широко используется ходьба — при самых различных заболеваниях и почти всех видах и формах занятий. Величина физической нагрузки при ходьбе зависит от длины пути, величины шагов, темпа ходьбы, рельефа местности и сложности. Ходьба используется перед началом занятий как подготовительное и организующее упражнение. Ходьба может быть усложненной — на носках, на пятках, ходьба крестным шагом, в полуприседе, с высоким подниманием коленей. Специальная ходьба — на костылях, с палкой, на протезах применяется при поражении нижних конечностей. По скорости ходьбу подразделяют: на медленную — 60-80 шагов в минуту, среднюю — 80-100 шагов в минуту, быструю — 100-120 шагов в минуту и очень быструю — 120-140 шагов в минуту.

Игры. Игры подразделяются на четыре возрастающие по нагрузке группы: - на месте; - малоподвижные; - подвижные; - спортивные.

В АФК используют крокет, кегельбан, городки, эстафеты, настольный теннис, бадминтон, волейбол, теннис и элементы других спортивных игр (баскетбол, футбол, ручной мяч, водное поло). Спортивные игры широко применяют в условиях санаторно-курортного лечения и проводят по общим облегченным правилам с подбором партнеров с одинаковой физической подготовленностью. Гимнастические упражнения со специально подобранным музыкальным сопровождением целесообразно использовать при проведении групповых занятий утренней и адаптивной гимнастикой. Это

благоприятно влияет на состояние нервной, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, на обмен веществ. Следует также включать в процедуры элементы танца и танцевальные шаги. Физические упражнения в воде и плавание в бассейне при температуре воды 25-27 °С эффективны при лечении заболеваний сосудистой системы, органов дыхания, обмена веществ, нервной системы, повреждений опорно-двигательного аппарата в период стойкой ремиссии хронического заболевания. Упражнения при температуре воды 34-36 °С целесообразны для больных со спастическими парезами.

В АФК применяют механоаппараты и тренажеры местного (локального) и общего действия. Для разработки суставов при ограничении в них движений и укрепления ослабленных мышц у больных с заболеваниями и последствиями травм опорно-двигательного аппарата назначают упражнения на механоаппаратах местного действия — как дополнение к процедурам адаптивной гимнастики.

Тренажеры и механоаппараты общего действия — велотренажеры, тренажер для гребли, бегущая дорожка и другие — назначают при заболеваниях сердечно-сосудистой, дыхательной систем, экзогенно-конституциональном ожирении и других заболеваниях в стадии компенсации.

3. Основные условия, обеспечивающие эффективность общей и специальной тренировки в адаптивной физической культуре.

Для повышения эффективности занятий общей и специальной тренировки в АФК учитывают методические принципы, методы организации занимающихся, методы развития двигательных способностей и формирования двигательных действий.

Методические принципы:

1. Принцип сознательности и активности.
2. Принцип наглядности.
3. Принцип доступности и индивидуализации.
4. Принцип систематичности.
5. Принцип постепенного повышения требований (динамичности).

Методы организации занимающихся:

1. Фронтальный метод. В данном случае всему контингенту занимающихся предлагается одно и то же задание, которое выполняется сразу всеми под общим руководством инструктора. Применяется как правило у людей не имеющих серьезных функциональных нарушений. Занятия проходят более эмоционально и ответственно. Они позволяют использовать упражнения в парах и проводить подвижные игры.

2. Групповой метод. При нем занимающиеся подразделяются на группы, которые получают отдельные задания. Инструктор, не выпуская из-под контроля по возможности всех, работает преимущественно с одной группой или поочередно переходит от одной группы к другой.

3. Индивидуальный метод. Предполагает выполнение упражнений занимающимся непосредственно под контролем инструктора. Зачастую используется во время пастельного и палатного двигательного режимов.

4. Самостоятельный метод. Он подразумевает, что каждый занимающийся получает свое задание и выполняет его самостоятельно. Перед тем как приступить к самостоятельным занятиям комплекс упражнений выполняют на основном занятии под руководством инструктора.

Методы развития двигательных способностей:

1. Метод строго регламентированного упражнения предполагает организацию и регулирование деятельности занимающихся с возможно полной регламентацией, гарантирующей точно направленное воздействие на развитие двигательных способностей. В зависимости от избираемого способа регулирования интенсивности, объема, отдыха, выделяют: равномерный, переменный, повторный и интервальный методы.

2. Круговой метод («круговая тренировка»). Это организационно-методическая форма занятий, предусматривающая поточное, последовательное выполнение специально подобранного комплекса физических упражнений.

3. Игровой метод. Его основу составляет определенным образом упорядоченная игровая двигательная деятельность в соответствии с образным или условным «сюжетом» (замыслом, планом игры), в котором предусматривается достижение определенной цели многими дозволенными способами, в условиях постоянного и в значительной мере случайного изменения ситуации.

Комплексное использование указанных методов позволяет развивать все существующие двигательные способности.

Методы формирования двигательных действий:

1. Метод целостного упражнения. Предполагает выполнение упражнения без деления его на фазы.

2. Метод расчлененного упражнения. Предполагает выполнение упражнения с деления его на фазы.

4. Соотношение средств общей и специальной подготовки в различных структурных частях занятия.

Общая физическая нагрузка на занятии зависит от интенсивности, длительности, плотности и объема ее. Интенсивность соответствует определенному уровню ее пороговой величины: от 30-40 % в начале и 80-90 % в конце лечения. Для определения порога интенсивности применяют выполнение нагрузок на велоэргометре с возрастающей мощностью от 50 до 500 кгм/м и более до предела переносимости. Длительность нагрузки соответствует времени занятий. Понятие плотности нагрузки обозначает время, затраченное на фактическое выполнение упражнений, и выражается в процентах к общему времени занятия. Объем нагрузки — это общая работа,

которая выполнена на занятии. Равномерное без перерывов выполнение упражнений на занятии обозначают как поточный метод, общая физическая нагрузка при этом определяется интенсивностью и длительностью занятий. При интервальном (раздельном) методе с паузами между упражнениями нагрузка зависит от плотности занятий.

Режим движений (режим активности) — это система тех физических нагрузок, которые больной выполняет в течение дня и на протяжении курса лечения.

Строгий постельный режим назначают тяжелым больным. Для профилактики осложнений применяют упражнения в статическом дыхании, пассивные упражнения и легкий массаж.

Расширенный постельный режим назначают при общем удовлетворительном состоянии. Разрешают переходы в положение сидя в постели от 5 до 40 мин несколько раз в день. Применяют лечебную гимнастику с небольшой дозировкой физической нагрузки с допустимым учащением пульса на 12 уд./мин.

Палатный режим включает положение сидя до 50 % в течение дня, передвижение по отделению с темпом ходьбы 60 шагов в минуту на расстояние до 100-150 м, занятия адаптивной гимнастикой длительностью до 20-25 мин, с учащением пульса после занятия на 18-24 уд./мин.

На свободном режиме в дополнение к палатному включают передвижение по лестнице с 1-го до 3-го этажа, ходьбу по территории в темпе 60-80 шагов в минуту на расстояние до 1 км, с отдыхом через каждые 150-200 м. Лечебную гимнастику назначают 1 раз в день в гимнастическом зале, длительность занятия 25-30 мин, с учащением пульса после него на 30-32 уд./мин. Частота пульса на занятиях должна быть не более 108 уд./мин у взрослых и 120 уд./мин — у детей.

В санаторно-курортных условиях применяют щадящий, щадяще-тренирующий и тренирующий режимы.

Щадящий режим соответствует в основном свободному режиму в стационаре, с разрешением ходьбы до 3 км с отдыхом через каждые 20-30 мин, игр, купания (при подготовленности и закаленности).

Щадяще-тренирующий режим допускает средние физические нагрузки: широко используют ходьбу до 4 км за 1 ч, терренкур, прогулки на лыжах при температуре воздуха не ниже 10-12 °С, катание на лодке в сочетании с греблей 20-30 м, спортивные игры с облегченными условиями их проведения.

Тренирующий режим применяют в тех случаях, когда нет выраженных отклонений в функциях различных органов и систем. Разрешается бег, спортивные игры по общим правилам.

5. Особенности построения занятий в адаптивной физической культуре.

Занятия АФК оказывают лечебный эффект только при правильном, регулярном, длительном применении физических упражнений. В этих целях разработаны методика проведения занятий, показания и противопоказания к

их применению, учет эффективности, гигиенические требования к местам занятий. Различают общую и частные методики АФК. Общая методика АФК предусматривает правила проведения занятий (процедур), классификацию физических упражнений, дозировку физической нагрузки, схему проведения занятий в различные периоды курса лечения, правила построения отдельного занятия (процедуры), формы применения АФК, схемы режимов движения. Частные методики АФК предназначены для определенной нозологической формы заболевания, травмы и индивидуализируются с учетом этиологии, патогенеза, клинических особенностей, возраста, физической подготовленности больного. Специальные упражнения для воздействия на пораженные системы, органы обязательно должны сочетаться с общеукрепляющими, что обеспечивает общую и специальную тренировки.

6. Правила проведения занятия адаптивной физической культурой с учетом общего и специального воздействия на организм занимающегося.

Занятие адаптивной физической культурой — наиболее распространенная форма использования физических упражнений в целях лечения, реабилитации. Возможность с помощью разнообразных упражнений целенаправленно воздействовать на восстановление нарушенных органов и систем определяют роль этой формы в системе АФК. Занятия (процедуры) проводят индивидуально у тяжелых больных, малогрупповым (3- 5 человек) и групповым (8-15 человек) методами. В группы объединяют больных по нозологии, т. е. с одним и тем же заболеванием; по локализации травмы. Неправильно объединять в одну группу больных с разными заболеваниями. Каждое занятие строится по определенному плану и состоит из трех разделов: подготовительный (вводный), основной и заключительный. Вводный раздел предусматривает подготовку к выполнению специальных упражнений, постепенно включает в нагрузку. Длительность раздела занимает 10- 20 % времени всего занятия. В основном разделе занятия решают задачи лечения и реабилитации и применяют специальные упражнения в чередовании с общеукрепляющими. Длительность раздела — 60-80% всего времени занятия. В заключительном разделе нагрузку постепенно снижают. Физическую нагрузку контролируют и регулируют, наблюдая за ответными реакциями организма. Простым и доступным является контроль пульса. Графическое изображение изменения его частоты во время занятия называют кривой физиологической нагрузки. Наибольший подъем пульса и максимум нагрузки обычно достигается в середине занятия — это одновершинная кривая. При ряде заболеваний необходимо после повышенной нагрузки применить снижение ее, а затем вновь повысить; в этих случаях кривая может иметь несколько вершин. Следует также проводить подсчет пульса через 3-5 мин после занятия. Очень важна плотность занятий, т. е. время фактического выполнения упражнений, выражаемое в процентах к общему времени занятия. У стационарных больных плотность постепенно возрастает от 20-25 до 50 %. При санаторно-курортном лечении на тренирующем режиме в группах общей физической подготовки допустима плотность занятий 80-90 %.

Индивидуальные самостоятельные занятия дополняют занятия, проводимые инструктором, и могут осуществляться в последующем только самостоятельно с периодическим посещением инструктора для получения указаний.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ООО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
2. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 22
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(3 семестр)

М-10. ТЕМА 10.9. Формирование умений и навыков проведения комплексов физических упражнений на занятиях адаптивной физической культурой

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Особенности использования различных методов и методических приемов в соответствии со структурой процесса формирования двигательных умений и навыков.
2. Разновидности метода строго регламентированного упражнения, используемые преимущественно при обучении двигательным действиям.
3. Развитие двигательных способностей, необходимых для осуществления двигательного действия как предпосылка к обучению.
4. Этапы разучивания двигательного действия.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Особенности использования различных методов и методических приемов в соответствии со структурой процесса формирования двигательных умений и навыков.

Метод – это такой способ воздействия на занимающихся, который позволяет решать задачи в различных условиях и с разным контингентом. Например: словесные методы воздействия применяются при ознакомлении, разучивании и совершенствовании двигательных действий как с детьми, так и со взрослыми. В теории и методике физического воспитания – это способ применения физических упражнений. Дает ответ на вопрос – КАК?

Каждый метод характеризуется совокупностью методических приемов.

Методический прием – способ решения конкретной задачи в конкретных условиях.

От методов и методических приемов следует отличать методику. Под *методикой* принято понимать систему средств и методов, направленных на достижение определенного результата в процессе физического воспитания. Например, выделяют методику воспитания физических качеств или методику обучения определенному двигательному действию (бегу, прыжкам в высоту и т.д.).

Методический подход – совокупность способов воздействия педагога на занимающихся, выбор которых обусловлен определенной научной

концепцией, логикой организации и осуществлением процесса обучения, воспитания и развития.

В каждой группе методов можно выделить соответствующие подгруппы, виды и разновидности методов.

2. Разновидности метода строго регламентированного упражнения, используемые преимущественно при обучении двигательным действиям.

В методах строго регламентированного упражнения – о чем говорит уже их наименование – деятельность занимающихся организуется и регулируется с возможно полной регламентацией, которая состоит:

- в твердо предписанной программе движений (заранее обусловленный состав движений, порядок их повторения, изменения и связи друг с другом);
- в возможно точном дозировании нагрузки и управлении ее динамикой по ходу упражнения, а также в возможно четком нормировании интервалов отдыха и строго установленном порядке чередования их с фазами нагрузки;
- в создании или использовании внешних условий, облегчающих управление действиями занимающихся (построение и распределение группы на местах занятий, использование вспомогательных снарядов, тренажеров и других технических устройств, способствующих выполнению учебных заданий, дозированию нагрузки, контролю за ее воздействием и т. д.).

Суть состоит в том, что твердо определена программа движений и точно дозируется нагрузка. Использование этих методов предусматривает:

- выполнение упражнений в строго заданной форме;
- избирательное воздействие упражнений на различные части тела;
- строгое дозирование нагрузки и управление ее динамикой в ходе упражнения;
- избирательное развитие не только отдельных качеств, но и их компонентов;
- обеспечение индивидуализации в обучении.

Методы строго регламентированного упражнения позволяют изучать двигательное действие любой сложности и развивать двигательные способности до возможных пределов.

Условно их разделяют на 2 группы:

- 1) преимущественно направленные на воспитание двигательных способностей;
- 2) методы обучения двигательным действиям.

В зависимости от способа освоения структуры двигательного действия в процессе разучивания методы подразделяются на:

- метод разучивания упражнения по частям (расчленено-конструктивный);
- метод разучивания упражнения в целом (целостно - конструктивный);
- метод сопряженного воздействия.

Метод расчлененно-конструктивный предусматривает разучивание отдельных частей движения с последующим их соединением (например, гимнастические комбинации).

Преимущества данного метода:

1. Облегчает процесс усвоения действия. К цели ученик подходит постепенно, накапливая соответствующие умения. Оттачивается каждая деталь действия.

2. Занятие становится более конкретным. Успехи в чем-либо доставляют ученикам радость.

3. От многообразия подводящих упражнений занятия становятся интереснее.

4. Применение этого метода содействует быстрому восстановлению утраченных навыков

5. Метод незаменим при разучивании сложно координированных упражнений.

Недостаток метода заключается в том, что не всегда разученные элементы по частям удастся соединить.

Метод целостно-конструктивного упражнения. Сущность его состоит в том, что техника двигательного действия осваивается с самого начала в целостной структуре без расчленения на части. Целостный метод позволяет разучить структурно несложные движения (например, бег, метания, ловля предмета) и применяется на любом этапе обучения. Целостным методом возможно осваивать отдельные детали, элементы или фазы не изолированно, а в общей структуре движения, путем акцентирования внимания учеников на необходимых частях техники.

Недостаток этого метода заключается в том, что в неконтролируемых фазах возможно закрепление ошибок. Следовательно, при освоении упражнений со сложной структурой его применение нежелательно.

На этапах совершенствования двигательных действий особое значение имеет улучшение их качественной основы с одновременной отшлифовкой свойственных им форм. Ведущую роль здесь приобретают методы, которые характеризуются целостным выполнением действия в условиях дополнительных нагрузок, позволяющих стимулировать развитие двигательных способностей без нарушения структуры движений, – так называемые *методы сопряженного воздействия* [6].

3. Развитие двигательных способностей, необходимых для осуществления двигательного действия как предпосылка к обучению.

В основе методов, направленных на развитие двигательных способностей лежит *определенный порядок сочетания и регулирования параметров нагрузки: интенсивность, продолжительность, количество повторений, интервалов и характера отдыха.* Они направлены на достижение и закрепление адаптационных перестроек в организме. Методы этой группы можно разделить на методы со стандартными и вариативными (переменными) нагрузками.

Нагрузка бывает стандартной и переменной. Первая одинакова по своим внешним параметрам в каждый момент времени, а вторая меняется по ходу выполнения упражнения.

Нагрузка может иметь *непрерывный* и *прерывный* характер. В первом случае при выполнении упражнения отсутствуют интервалы отдыха, во втором – между повторениями упражнения имеются интервалы отдыха, обеспечивающие восстановление уровня работоспособности человека.

Методы стандартного упражнения в режиме непрерывной и интервальной нагрузки.

Часть методов стандартно-повторного упражнения характеризуется непрерывным выполнением заданной физической работы (методы стандартного непрерывного упражнения), а часть – чередованием дозированной нагрузки с интервалами отдыха (методы стандартного интервального упражнения).

Методы стандартного непрерывного упражнения рассчитаны, прежде всего, на воспитание выносливости. Один из наиболее распространенных методов этого типа – *метод длительного равномерного упражнения* («равномерной тренировки»).

Методы стандартного интервального упражнения характеризуются повторным воспроизведением действий через относительно постоянные интервалы отдыха

Методы переменного упражнения в режиме непрерывной и интервальной нагрузки.

Отличительная черта всех методов переменного упражнения – направленное изменение воздействующих факторов по ходу упражнения.

Методы переменного непрерывного упражнения, так же, как и методы стандартного непрерывного упражнения, применяются большей частью на основе естественно-циклических движений.

Методы переменного интервального упражнения, более разнообразны их характеризует системное чередование нагрузки и отдыха, причем как нагрузка, так и отдых могут изменяться в различных отношениях, что существенно расширяет возможность целесообразного воздействия на различные функциональные свойства организма.

Комбинированные методы упражнения.

В принципе возможны самые разнообразные варианты комбинирования элементов, характеризующих отдельные методы: элементы стандартизации нагрузки могут сочетаться в различном порядке с изменением тех или иных ее компонентов, непрерывность одних фаз упражнения сменяться интервалами отдыха в процессе упражнения и т. д. Соответственно велико и число комбинированных методов.

Круговая тренировка – комплексная организационно-методическая форма занятий, включающая ряд частных методов строго регламентированного упражнения. Основу круговой тренировки составляет серийное (слитное или с интервалами) повторение упражнений, подобранных и объединенных в комплекс в соответствии с определенной схемой – «*символом круговой тренировки*» – и выполняемых в порядке последовательной смены «станций» (мест для каждого из упражнений с соответствующим оборудованием), которые располагаются в зале или на

площадке по замкнутому контуру в виде круга либо аналогичной фигуры. На каждой «станции» (обычно их 8–10) повторяется один вид движений или действий (приседания с отягощением, отжимание в упоре, подтягивания, наклоны и т. д.). Большинство из них имеет относительно локальный или региональный характер, т. е. воздействует преимущественно на определенную мышечную группу (мышцы нижних конечностей, пояса, верхних конечностей, передней или задней поверхностей тела); как правило, в «круг» включаются также 1–2 упражнения общего воздействия. Число повторений на каждой «станции» устанавливают индивидуально в зависимости от показателей так называемого «максимального теста» (МТ) – предварительного испытания на индивидуально доступное предельное число повторений. Часто в качестве тренировочной нормы берут $1/2$ или $1/3$ до $2/3$ МТ.

Круговая тренировка имеет ряд методических вариантов, рассчитанных на комплексное воспитание различных физических качеств. К основным вариантам относятся:

– круговая тренировка по методу длительного непрерывного упражнения (преимущественная направленность на воспитание общей выносливости);

– круговая тренировка по методу интервального упражнения с жесткими интервалами отдыха (преимущественная направленность на воспитание силовой и скоростно-силовой выносливости);

– круговая тренировка по методу интервального упражнения с ординарными интервалами отдыха (преимущественная направленность на воспитание силовых и скоростных способностей в сочетании с другими компонентами физической работоспособности).

4. Этапы разучивания двигательного действия.

1 Этап. Начального изучения двигательного действия (формирование двигательного умения).

2 Этап. Углубленного изучения двигательного действия (формирование двигательного навыка).

3 Этап. Закрепления и совершенствования двигательного действия.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИИМИ», 2009. – 32 с.
2. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 23
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.1. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре.
Цели, задачи

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Определение понятия врачебного контроля.
2. Цель, задачи, основные направления, средства и методы врачебного контроля.
3. Взаимосвязь развития адаптивной физической культуры и совершенствования системы врачебного контроля.
4. Оценка функционального состояния.
5. Противопоказания к проведению функциональных проб.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. *Определение понятия врачебного контроля.*

Врачебный контроль – это комплексное медицинское обследование физического развития и функциональной подготовленности занимающихся физической культурой и спортом.

2. *Цель, задачи, основные направления, средства и методы врачебного контроля.*

Цель - содействовать максимальному использованию физической подготовки для укрепления здоровья, повышения функциональных возможностей и достижений высоких спортивных результатов.

Задачи:

1. Определение уровня физического развития, функционального состояния лиц, занимающихся физкультурой и спортом, с целью допуска к занятиям и рекомендациям того или иного вида физических нагрузок для обеспечения их оздоровительного эффекта.
2. Систематическое наблюдение за изменениями в физическом развитии, состоянии здоровья и за функциональными изменениями, происходящими под влиянием физических нагрузок.
3. Выявление и лечение патологических изменений, возникающих при нерациональном использовании физических нагрузок.

3. Взаимосвязь развития адаптивной физической культуры и совершенствования системы врачебного контроля.

Развитие и совершенствование средств и методов адаптивной физической культуры, адаптивного физического воспитания, двигательной рекреации, физической реабилитации, адаптивного спорта неразрывно связано с медицинским обеспечением, в частности врачебным контролем.

Цели и задачи врачебного контроля весьма разнообразны. Они определяются причиной, вызвавшей наступление инвалидности и лимитирующей двигательные возможности человека, степенью нарушения двигательных возможностей, необходимостью оценки общего физического состояния, функциональных возможностей организма и т.д.

Важной специфической задачей является оценка влияния инвалидизирующих факторов на состояние организма, а также динамики показателей жизнедеятельности под влиянием систематических занятий физической культурой. Не менее значимым является определение показаний, ограничений и противопоказаний к физическим нагрузкам.

Проведение функционального контроля находится в неразрывной связи с изучением морфофункциональных, патофизиологических перестроек, вторичных изменений и влияния других осложняющих факторов, развивающихся в организме человека вследствие тяжелой травмы или заболевания. Игнорирование этих важных аспектов, их недостаточный учет могут стать причиной серьезных осложнений, нарушения компенсаций, недопустимого напряжения организма.

Огромное значение в адаптивной физической культуре имеет объективный и обоснованный допуск к тренировочным занятиям и соревновательной деятельности инвалидов с различной патологией опорно-двигательной системы, органов зрения, слуха, а также снижением интеллекта. Допуск должен осуществляться специалистами врачебно-физкультурного диспансера или других специализированных учреждений, обладающих опытом работы в данной области и квалифицированным персоналом.

Одним из основополагающих принципов привлечения инвалидов к физическим тренировкам является строгое соблюдение показаний, ограничений и противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом, проведение комплексных функциональных исследований различных систем организма и оценка резервных возможностей, физической работоспособности, психологической готовности, личностной мотивации и других показателей.

Физические упражнения в той или иной форме показаны практически всем инвалидам молодого и среднего возраста с двигательными нарушениями. Физкультурно-оздоровительная и спортивная работа должна начинаться после завершения этапа медицинской реабилитации в условиях специализированного стационара. Исходными условиями для занятий являются: наличие медицинских показаний и отсутствие противопоказаний; устойчивая мотивация, интерес и функциональные предпосылки; стабилизация, достигнутая в результате восстановительного лечения и

реабилитационных мероприятий после травмы или заболевания.

Всем инвалидам с поражением опорно-двигательной системы **показаны** физические упражнения: силового, скоростного, скоростно-силового характера, для развития общей и специальной выносливости, для развития гибкости, для развития координационных способностей и др.

В настоящее время установлены ограничения и абсолютные **противопоказания** к занятиям адаптивной физической культурой. В большинстве случаев противопоказания определяются различными заболеваниями внутренних органов и касаются инвалидов всех категорий, независимо от причины наступления инвалидности. К этим противопоказаниям относятся:

- лихорадящие состояния, гнойные и воспалительные процессы, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные заболевания;
- сердечно-сосудистые заболевания: ишемическая болезнь сердца с выраженными нарушениями коронарного кровообращения, стенокардия покоя и напряжения, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью; аневризма сердца или аорты; миокардиты любой этиологии; декомпенсированные пороки сердца; тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости; сердечно-сосудистая недостаточность; гипертоническая болезнь;
- хронические неспецифические заболевания легких с дыхательной недостаточностью II–III степени, легочное сердце с недостаточностью кровообращения; бронхиальная астма тяжелой формы;
- угроза кровотечения (кавернозный туберкулез, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с склонностью к кровотечению); угроза тромбоэмболии;
- заболевания крови (в том числе анемия);
- последствия черепно-мозговых травм со склонностью к повышению внутричерепного давления с угрозой эпилептических припадков с выраженным вестибулярным синдромом, паркинсонизмом;
- атеросклероз, церебральные васкулиты с недостаточностью мозгового кровообращения;
- последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с умеренным и выраженным нарушением функции (парезы, параличи, гиперкинезы и др.), нарушения спинального кровообращения (с локализацией в шейном отделе);
- нервно-мышечные заболевания (миопатия, миастения);
- рассеянный склероз с умеренными и выраженными двигательными, координационными нарушениями без четких и длительных ремиссий;
- злокачественные новообразования;
- циррозы печени с недостаточностью функции печени, желчнокаменная болезнь с частыми приступами печеночной колики и недостаточностью функции печени;
- мочекаменная болезнь, диффузный нефрит с хронической почечной недостаточностью;

- хронический гепатит любой этиологии;
- хронический панкреатит в стадии декомпенсации, тяжелая форма;
- близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне, состояние после отслойки сетчатки, глаукома любой степени;
- сахарный диабет тяжелой формы, осложненный ретинопатией, нефропатией, ангиопатией и др.;
- эпилепсия со средней частотой и частыми судорожными припадками;
- остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами дисков, спондилолистезом, миелопатией, болевым синдромом, вертебробазиллярной недостаточностью;
- психические заболевания (шизофрения, депрессивно-маниакальные состояния, острые психозы);
- ДЦП с резко выраженным мышечным тонусом, усиливающимся при физической активности.

4. Оценка функционального состояния.

Основное значение в функциональных исследованиях отводится изучению кардиореспираторной системы как основному лимитирующему звену в системе транспорта кислорода при мышечной работе. В частности, основным лимитирующим фактором является производительность сердца, поскольку величина сердечного выброса – главный детерминатор транспорта кислорода при физической нагрузке. Производительность сердца может рассматриваться как некоторый интегральный показатель, характеризующий транспортные возможности кардиореспираторной системы в отношении газов крови.

Для исследования системы кровообращения используются электрокардиография, фонокардиография, поликардиография, вариационная пульсометрия, эхокардиография, импедансография; для исследования функции внешнего дыхания – спирография, пневмотахометрия и др. Не останавливаясь подробно на описании методов, все же необходимо дать краткую характеристику их принципов и возможностей.

Электрокардиография (ЭКГ). Метод исследования электрической активности миокарда позволяет оценить функцию автоматизма, возбудимости и проводимости. Электрокардиограмма обычно регистрируется в 12 отведениях: трех стандартных, трех усилениях однополюсных и шести грудных отведениях, а также в трех отведениях по Небу. Морфологический анализ ЭКГ дает ценную информацию о характере электрических процессов в миокарде. Как известно, морфологический анализ позволяет изучить процессы деполяризации предсердий, а также деполяризации и реполяризации желудочков. Кроме этого имеется возможность проанализировать ритм сердца.

Фонокардиография (ФКГ). Метод графической регистрации тонов и шумов, возникающих в работающем сердце, позволяет уточнить и дополнить данные аускультации сердца, обеспечивая возможность объективизации звуковой симптоматики, точной диагностики шумов, т.е. определить их форму, амплитуду, частотную характеристику, расщепление и т.д. Как правило, ФКГ применяется в сочетании с другими методами исследования.

Поликардиография (ПКГ). Метод исследования деятельности сердца, включающий синхронную регистрацию ЭКГ, ФКГ и сфигмограммы сонной артерии, позволяет оценить фазовую структуру сердечного цикла. Благодаря исследованиям В.Л.Карпмана (1965) фазовый анализ сердечного цикла получил широкое распространение в клинической и спортивной кардиологии. Выделены основные фазы сердечного цикла, предложены нормативы их длительности, определены основные фазовые синдромы, встречающиеся в норме у лиц, не занимающихся спортивной деятельностью, тренированных спортсменов, а также при некоторых патологических состояниях.

Использование при поликардиографическом исследовании вместо сфигмограммы сонной артерии метода апекскардиографии позволяет более точно рассчитать фазы систолы левого желудочка и проводить анализ диастолы.

Вариационная пульсография (ВПГ). Сущность метода, предложенного В.В.Лариным и Р.М.Баевским (1967), основывается на волновой структуре ритма сердца и состоит в анализе распределения значений кардиоинтервалов, последовательный ряд которых рассматривается как случайный стационарный процесс. Использование этого метода дает возможность оценить вегетативную регуляцию ритма, выявить преобладание симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Импедансография (ИГ). Метод исследования общего и периферического кровообращения основан на регистрации колебаний полного электрического сопротивления тканей, связанных с изменениями их кровенаполнения. Поскольку изменения кровенаполнения происходят постепенно и синхронно с сердечными сокращениями, электрическое сопротивление тканей также изменяется синхронно с сердечной деятельностью. Применение тока малой силы и высокой частоты (так называемый зондирующий ток) позволяет зарегистрировать изменения сопротивления – импеданс тканей. Импеданс, т.е. общее сопротивление, складывается из омического сопротивления жидких сред и емкостного сопротивления кожи.

Импедансографический метод обеспечивает возможность исследования гемодинамики любого участка тела, а также определения ударного объема крови (УО). Среди методов определения УО наибольшее распространение получила тетраполярная грудная реография по W.Kubicek et al. (1966) в различных модификациях, в частности в модификации Ю.Т.Пушкаря и соавт. (1977).

Эхокардиография (ЭхоКГ). Метод ультразвуковой диагностики сердца основан на свойстве ультразвука отражаться от границ структур с различной акустической плотностью. Отраженный звук воспринимается, усиливается и после преобразования его в электрический сигнал подается на регистратор. Благодаря тому, что миокард и кровь в полостях сердца имеют различную акустическую плотность, на эхокардиограмме удается получить изображение внутренних структур работающего сердца – сокращающегося миокарда, створок клапанов. Открывается возможность морфометрии сердца и весьма точной оценки показателей центральной гемодинамики.

При проведении эхокардиографического исследования может использоваться одномерная ЭхоКГ в так называемом М-режиме или же, что применяется значительно чаще, двумерная ЭхоКГ.

Ультразвуковая доплерография (УЗДГ). Метод ультразвуковой диагностики, используемый в основном для изучения сосудистого кровотока. Метод основан на физическом феномене, открытом австрийским физиком И.Х.Доплером в 1843 г., сущность которого заключается в том, что частота ультразвука, посылаемого специальным датчиком, изменяется пропорционально линейной скорости кровотока, а отраженный ультразвук воспринимается тем же датчиком.

Этот метод исследования также может использоваться в кардиологической практике для оценки временных и скоростных показателей, характеризующих трансвальвулярные потоки крови, а также состояние миокарда и, прежде всего его диастолической функции.

Практически все перечисленные методы исследования в той или иной мере используются для изучения аппарата кровообращения у инвалидов. Выбор методов определяется целью и задачами исследования. Основываясь на литературных данных, можно констатировать, что в большинстве случаев функциональные исследования выполняются в связи с оценкой изменений, развивающихся в организме при той или иной патологии опорно-двигательной системы, в связи с оценкой переносимости нагрузок при передвижении с использованием различных ортопедических изделий, в связи с протезированием инвалидов, перенесших ампутации конечностей и т.д. Значительно реже функциональные исследования инвалидов выполняются в связи с решением проблем врачебного контроля, что, несомненно, затрудняет объективный подход к выбору оптимальных двигательных режимов, допустимых нагрузок и т.д. Решению этих важных узкоспециальных вопросов посвящены весьма немногочисленные исследования, и касаются они главным образом инвалидов, перенесших ампутации конечностей, в меньшей степени – перенесших спино-мозговую травму или страдающих детскими церебральными параличами.

Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

Проба Мартинэ – Кушелевского

Проводят при массовых профилактических осмотрах, этапном врачебном контроле физкультурников и спортсменов массовых разрядов, а также в группах здоровья и ЛФК.

Методика проведения: в состоянии покоя определяют частоту сердечных сокращений (по 10-ти сек отрезкам) и измеряют артериальное давление. Затем обследуемый выполняет 20 глубоких приседаний за 30 сек с вытянутыми вперед руками. После выполнения нагрузки обследуемый садится и у него в течение каждой из 3-х минут восстановительного периода регистрируются показатели пульса за первые и последние 10 сек, а в промежутке между 11 и 49 сек измеряется артериальное давление.

Оценка функционального состояния нервной системы и нервно – мышечного аппарата.

Проба Ромберга (простая).

Цель - оценка статической координации нервной системы.

Методика проведения:

И.П. испытуемого - пятки вместе, носки немного врозь, глаза закрыты, руки вытянуты вперед, пальцы несколько разведены.

Определяется время и степень устойчивости (неподвижно стоит исследуемый или покачивается) в данной позе, а также обращают внимание на наличие дрожания – тремора – век и пальцев рук.

Следует отметить, что простую пробу Ромберга чаще всего применяют обычно при обследовании больных людей.

Оценка функционального состояния дыхательной системы.

Пробы с задержкой дыхания.

Проба Штанге с задержкой дыхания на вдохе имеет широкое распространение в клинической и спортивной медицине. Проба проводится следующим образом: после 5–7-минутного отдыха в положении сидя испытуемый производит глубокий вдох и выдох, затем снова делает глубокий вдох (80–90% от максимального) и задерживает дыхание. Время задержки дыхания отмечается по секундомеру; в среднем у здорового человека оно составляет 50–60 с. По мнению С.М.Иванова (1970), вдох перед выполнением пробы не должен быть максимально возможным, т.к. при этом может происходить растяжение окончания блуждающего нерва, что в свою очередь может привести к преждевременному раздражению дыхательного центра.

Проба Генчи с задержкой дыхания на выдохе проводится следующим образом: после глубокого выдоха и вдоха исследуемый снова выдыхает и задерживает дыхание. Продолжительность задержки дыхания отмечается по секундомеру; в среднем у здорового человека она равна 20–30 с.

Следует отметить, что результаты выполнения этих проб зависят от функционального состояния кардиореспираторной системы, возбудимости дыхательного центра, интенсивности тканевого обмена, волевых качеств, а также тренированности организма.

У инвалидов, перенесших посттравматические ампутации нижних конечностей, продолжительность выполнения проб с задержкой дыхания не выходит за рамки общепринятой нормы.

Для инвалидов, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в частности ишемической болезнью сердца, предложены специальные функциональные пробы с электрокардиографическим (ЭКГ) контролем.

Все функциональные пробы проводятся в следующем порядке. Перед выполнением пробы пациент отдыхает в положении лежа или сидя в течение 30 мин, затем оценивается его клиническое состояние, измеряется АД, регистрируется ЭКГ. После этого проводится одна из проб с физической

нагрузкой. Регистрация ЭКГ может проводиться непосредственно во время выполнения пробы (по данным телеметрии), а также на 1-й, 3-й, 6-й, 10-й и т.д. минутах восстановительного периода. Одновременно измеряется АД, оценивается общее состояние пациента, его жалобы и другие проявления реакции организма на предложенную пробу. Если восстановительный период затягивается, исследование продолжается до полного возвращения АД и ЧСС к исходным величинам.

Особенности проведения функционального обследования у лиц с инвалидностью.

При отсутствии противопоказаний могут проводиться следующие функциональные пробы: 1) езда на кресле-коляске, которая представляет минимальную физическую нагрузку и выполняется с целью определения длительности и темпа передвижения на кресле-коляске после ампутации обеих нижних конечностей; 2) ходьба на костылях по ровной поверхности 50 м выполняется после односторонних ампутаций, в период подготовки к первичному протезированию для определения длительности и темпа ходьбы на костылях; 3) ходьба на протезах по ровной поверхности 50 м проводится с целью определения переносимости нагрузки, связанной с ходьбой, определения длительности и темпа ходьбы на протезах, возможности расширения двигательного режима; 4) наиболее значимой по нагрузке является проба ходьба по лестнице (или степ-тест), она проводится с целью определения двигательного режима, возможности обучения ходьбе по лестнице, на большие расстояния, определения интенсивности ходьбы.

Результат выполнения функциональной пробы может быть оценен как патологический, пороговый и физиологический. Критерии оценки приведены в таблице

5. Противопоказания к проведению функциональных проб.

К абсолютным противопоказаниям к проведению проб относятся предынфарктное состояние, инфаркт миокарда, отрицательная динамика ЭКГ в покое, учащение приступов стенокардии, обострение ИБС.

Относительными противопоказаниями для проведения проб следует считать перенесенный инфаркт миокарда, хроническую аневризму сердца, выраженные изменения ЭКГ в покое, тяжелые нарушения ритма и проводимости и др.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической

культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.

2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.

3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.

4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.

5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева . - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.

6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.

5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ. культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной

физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 24
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.3. Методы изучения физического развития инвалидов различных категорий

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «физическое развитие».
2. Значение многократных исследований физического развития в процессе занятий адаптивной физической культурой и спортом.
3. Методы изучения физического развития инвалидов: соматоскопия, антропометрические стандарты, метод индексов, метод корреляции.
4. Особенности изучения физического развития инвалидов при проведении врачебного контроля в адаптивной физической культуре.
5. Выбор метода в зависимости от категории инвалида.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Понятие «физическое развитие».

Физическое развитие - процесс изменения морфологических и функциональных свойств организма в процессе его индивидуального развития.

2. Значение многократных исследований физического развития в процессе занятий адаптивной физической культурой и спортом.

Жизнедеятельность каждого человека, независимо от пола, возраста, профессии, характеризуется морфологическими и функциональными свойствами и качествами, которые передаются по наследству (генотип), а также приобретенными после рождения в определенных условиях индивидуального развития (фенотип). Суммарное проявление этих свойств и качеств в виде возрастных особенностей нервно-психической сферы, физической силы и выносливости, определяющееся сочетанием морфологических и функциональных признаков принято называть физическим развитием человека. Однако надо отметить, что не всегда физическое развитие характеризует состояние здоровья.

Многократные исследования физического развития в процессе занятий физической культурой и спортом имеют важное значение для наблюдения за динамикой влияния физических упражнений на формирование морфологических и функциональных признаков

3. Методы изучения физического развития инвалидов: соматоскопия, антропометрические стандарты, метод индексов, метод корреляции.

Основными методами исследования физического развития человека являются:

Внешний осмотр (соматоскопия)

1. Кожа
2. Развитие мускулатуры
3. Степень полового развития
4. Осанка
5. Телосложение
6. Форма ног.

Антропометрия (соматометрия).

1. Рост стоя и сидя измеряется ростомером.
2. Масса тела
3. Измерение окружностей
4. Измерение кожно-жировой складки
5. Динамометрия

Однако нельзя рассматривать отдельные показатели изолированно друг от друга. Наиболее достоверной является комплексная оценка, при которой различные показатели анализируются в совокупности и в связи с другими признаками. Оценку физического развития индивидуума обычно проводят путем сравнения его показателей со средними показателями физического развития той возрастно-половой группы, к которой он относится. Для этого применяется или метод Мартина (метод стандартов) или метод оценки по шкале регрессии (метод корреляции). Метод стандартов более прост, но менее точен.

Метод индексов. Метод индексов. Он включает различные показатели, многие из которых получили распространение в практике врачебного контроля: весоростовой показатель (индекс Кетле), представляющий отношение массы тела (кг) к росту (см); ростовесовой показатель: длина тела (см) минус 100 равно должной массе тела (кг); жизненный показатель: представляет отношение жизненной емкости легких (мл) к массе тела (г); показатель процентного отношения фактической жизненной емкости легких к должной жизненной емкости легких;

Метод индексов показатель процентного отношения мышечной силы кисти (кг) к массе тела (кг); показатель пропорциональности телосложения, который вычисляется следующим образом: из величины роста вычитается величина роста сидя, а затем из роста сидя вычитается полученная в первом случае разность; показатель крепости телосложения (индекс Пинье)

выражается разницей между ростом стоя и суммой массы и окружности грудной клетки на выдохе.

4. Особенности изучения физического развития инвалидов при проведении врачебного контроля в адаптивной физической культуре.

Длину верхней конечности измеряют расстоянием от акромиального отростка лопатки до конца третьего пальца, длину плеча до локтевого отростка, длину предплечья от локтевого отростка плечевой кости до шиловидного отростка локтевой кости (рис. 1). Для измерения анатомической длины культы конечности определяют расстояние от соответствующих костных выступов до конца культы с учетом мягких тканей.

Длину нижней конечности измеряют в положении лежа, при обязательном условии правильного положения тела. Правильное положение достигается на жесткой кушетке лежа верхние ости таза должны располагаться на линии, перпендикулярной оси тела. Правильное положение достигается на жесткой кушетке лежа верхние ости таза должны располагаться на линии, перпендикулярной оси тела. Придав телу пациента правильное положение, измеряют длину всей конечности и отдельных ее сегментов. Длину конечности измеряют сантиметровой лентой от передней верхней ости подвздошной кости до внутренней лодыжки. Длину бедра измеряют от большого вертела до щели коленного сустава, длину голени от щели коленного сустава до наружной лодыжки. Длину конечности измеряют сантиметровой лентой от передней верхней ости подвздошной кости до внутренней лодыжки. Длину бедра измеряют от большого вертела до щели коленного сустава, длину голени от щели коленного сустава до наружной лодыжки.

У инвалидов, перенесших ампутации нижних конечностей, окружность культы измеряют на трех уровнях, обычно па уровне верхней, средней и нижней трети. После ампутации, например при коротких культях, окружность измеряют на одном или двух уровнях. При булавовидной форме культы рекомендуется дополнительное измерение окружности на уровне ее утолщения. Для определения степени атрофии мягких тканей культы измеряют соотношение окружности на тех же уровнях соответствующих сегментов сохраненной конечности.

При измерении окружности (обхвата) грудной клетки используется сантиметровая лента при этом обследуемый должен находиться в вертикальном положении. При наложении сантиметровой ленты обследуемый отводит руки в стороны. Измеряющий, удерживая в одной руке оба конца ленты, свободной рукой проверяет правильность наложения ее сзади и с боков. Измерение проводится при опущенных руках. Окружность грудной клетки измеряется на максимальном вдохе, полном выдохе и во время паузы. Точность измерения - до 1 см. Разница между величинами в фазе вдоха и выдоха определяет степень подвижности грудной клетки (экскурсия).

В этой связи необходимо отметить, что, например, у инвалидов, перенесших ампутации верхних конечностей, особенно в проксимальном

отделе, или вычленение в плечевом суставе, развивается комплекс функциональных и биомеханических нарушений, дистрофических процессов в костно-мышечном аппарате плечевого пояса. Вследствие ампутации многие вспомогательные мышцы вдоха (передние зубчатые, большие грудные, малые грудные и др.) утрачивают дистальные точки прикрепления, что негативно сказывается на функции внешнего дыхания. При форсированном дыхании утрачивается возможность к адекватному увеличению экскурсий грудной клетки, свойственных здоровым людям.

Антропометрия При антропометрическом исследовании инвалидов большое значение имеет определение топографии и степени жировых отложений. Наиболее удобным и достаточно надежным является метод непрямого определения жировой массы тела калипером. С его помощью производится измерение толщины кожно-жировых складок по определенной схеме в различных частях тела,

В частности, измеряются складки на задней поверхности плеча, на передней поверхности плеча, на спине под нижним углом лопатки, на передней поверхности предплечья, на передней поверхности груди, на передней поверхности живота, на бедре, на тыльной поверхности кисти (на уровне головки третьего пальца). Определение абсолютного количества жирового компонента в массе тела осуществляется по формулам или с помощью аппаратов.

5. Выбор метода в зависимости от категории инвалида.

Необходимо отметить, что для оценки физического развития инвалидов с поражением опорно-двигательной системы большинство из перечисленных индексов малопригодны или непригодны вовсе. Например, при деформациях нижних конечностей, выраженных контрактурах, после ампутации конечностей, особенно обеих нижних конечностей, трудно определить рост человека. При деформациях, вялых и спастических параличах, после ампутации верхних конечностей невозможно определить мышечную силу кисти и рассчитать существующие индексы и т.д. Именно эти обстоятельства исключают возможность применения метода индексов,

Метод стандартов Метод стандартов. Для определения физического развития широко используется метод стандартов (средних величин) разработанный на большом числе антропометрических показателей однородных групп населения. При этом берутся данные по ростовым группам, учитывая, что ряд признаков: масса тела, окружность грудной клетки, показатели спирометрии и др. - зависят от роста. На основе данных ростовых стандартов можно составить антропометрический профиль для индивидуальной оценки физического развития.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.
2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.
3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.
4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.
5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева . - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.
6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.
2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.
3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.
5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ.

культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 25
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.9. Функциональное обследование инвалидов в адаптивной физической культуре

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Цель и задачи функционального исследования.
2. Значение функционального исследования различных систем инвалидов в адаптивной физической культуре.
3. Характеристика методов функциональных исследований, применяемых в адаптивной физической культуре.
4. Факторы, определяющие выбор метода исследования в адаптивной физической культуре.
5. Противопоказания для проведения функциональных проб.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

В организме инвалида происходят различные структурные и функциональные нарушения. Вынужденная длительная гиподинамия может ухудшить течение инвалидизации и вызвать ряд осложнений. С одной стороны, АФК оказывает непосредственное лечебное действие (стимулируя защитные механизмы, ускоряя и совершенствуя развитие компенсаций, изменяя обмен веществ, улучшая репаративные процессы, восстанавливая нарушенные функции), с другой – уменьшает неблагоприятные последствия сниженной двигательной активности

Здоровый организм обладает высокой способностью приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды. При заболеваниях и инвалидности наблюдается подавление и ослабление приспособительных реакций. Сознательная физическая тренировка, посредством которой стимулируются физиологические процессы, увеличивает возможность больного организма к развитию приспособительных процессов. Полнота приспособления и есть полнота здоровья.

В развитии приспособительных реакций под влиянием дозированной физической тренировки ведущую роль играет нервная система. Нервная регуляция деятельности организма осуществляется посредством рефлексов. Воздействия внешнего мира воспринимаются экстерорецепторами (зрительным, слуховым, тактильным и др.); возникающие возбуждения в виде импульсов

достигают больших полушарий мозга и воспринимаются в форме различных ощущений. Центральная нервная система (ЦНС) формирует ответную реакцию. Такое же рефлекторное взаимодействие существует между внутренними органами и ЦНС. Импульсы от рецепторов внутренних органов (интерорецепторов) также поступают в нервные центры, сигнализируя об интенсивности функций и состоянии органа. Проприоцептивные импульсы с рецепторов мышц, связок, сухожилий поступают в ЦНС (кору больших полушарий, подкорковые центры, ретикулярную формацию ствола мозга) и посредством рефлексов через центры вегетативной нервной системы регулируют деятельность внутренних органов и обмен веществ. Эту взаимосвязь объясняет теория моторно-висцеральных рефлексов, разработанная М.Р.Могендовичем.

В оценке физиологического действия физических упражнений необходимо учитывать их влияние на эмоциональное состояние больного. Положительные эмоции, возникающие в процессе занятий физическими упражнениями, стимулируют физиологические процессы в организме больного и одновременно отвлекают его от болезненных переживаний, что имеет важное значение для успеха лечения и реабилитации.

Помимо ведущего значения нервного механизма регуляции физиологических функций, большую роль играет гуморальный механизм. При выполнении мышечной работы в кровь выделяются гормоны (адреналин и др.), которые оказывают стимулирующее действие на работу сердца; метаболиты, образующиеся в мышцах, расширяют артериолы, снабжающие эти мышцы кровью. Химически активные вещества оказывают влияние на нервную систему. Такое взаимодействие нервных и гуморальных влияний обеспечивает общую благоприятную реакцию организма больного человека на различные виды физических нагрузок.

В.К.Добровольскому принадлежит приоритет в обосновании механизмов лечебного действия физических упражнений: тонизирующего влияния, трофического действия, формирования компенсаций и нормализации функций.

■ Физические упражнения оказывают на организм тонизирующее (стимулирующее), трофическое, компенсаторное и нормализующее действие, заключающееся в изменении интенсивности биологических процессов в организме под влиянием дозированной физической нагрузки.

■ Это может быть как усиление процессов возбуждения в ЦНС (гипотоническая болезнь), так и усиление процессов торможения (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-п кишки).

Это зависит от заболевания и степени его выраженности.

Тонизирующее (стимулирующее) действие физических упражнений. При заболевании организм находится в особенно неблагоприятных условиях как из-за нарушения функций, обусловленного патологическим процессом, так и вследствие вынужденной гипокинезии, ухудшающей состояние больного и способствующей прогрессированию болезни. Тонизирующее действие

физических упражнений выражается прежде всего в стимуляции моторно-висцеральных рефлексов. Усиление афферентной импульсации проприоцепторов стимулирует клеточный метаболизм в нейронах центрального звена двигательного анализатора, вследствие чего усиливается трофическое влияние ЦНС на скелетную мускулатуру и внутренние органы, т.е. на весь организм.

Влияние регулярных занятий физическими упражнениями на сердечно-сосудистую систему выражается в тренировке всех основных и вспомогательных факторов гемодинамики. Возрастает сократительная функция миокарда за счет усиления питания мышцы сердца во время выполнения физических упражнений; активизируется регионарный кровоток; вводятся в действие дополнительные (дежурные) капилляры и др. Вследствие этого усиливаются окислительно-восстановительные процессы в миокарде, увеличивается его сократительная функция за счет более полноценной диастолы, обусловленной увеличением массы циркулирующей крови при мышечной работе за счет выхода крови из депо.

Стимуляция центральной регуляции сосудистого тонуса при мышечной нагрузке ведет к активизации и второго фактора гемодинамики – экстракардиального. Значительному усилению венозного кровообращения способствуют группа вспомогательных факторов гемодинамики, включающаяся при мышечной работе, дыхательные движения грудной клетки и диафрагмы, изменение внутрибрюшного давления, ритмичные сокращения и расслабления скелетной мускулатуры и др. Именно эти виды упражнений широко используются в ЛФК. Таким образом, физические упражнения являются эффективным фактором улучшения гемодинамики, усиления адаптации сердечно-сосудистой системы к возрастающим физическим нагрузкам и повышения ее функциональной способности.

Физические упражнения следует оценивать и в плане их общеразвивающего, общетонизирующего воздействия. Известно, что под влиянием тренировки повышается устойчивость организма к действию экстремальных факторов – гипоксии, перегревания, проникающей радиации, некоторых токсических веществ, перегрузки при действии ускорений и т.п. Стимулирующий эффект физических упражнений используется и для повышения неспецифической сопротивляемости организма больного. Установлено, что раннее включение собственных приспособительных реакций в ответ на раздражитель в виде физических упражнений во многом определяет быстроту выздоровления и полноту последующей реабилитации.

Систематическое применение физических упражнений ведет к выраженному повышению адаптации всего организма к меняющимся условиям внешней среды (в частности, к физическим нагрузкам), возрастанию функциональной способности опорно-двигательного аппарата, систем дыхания, кровообращения и др. Тренированность организма способствует уменьшению

или исчезновению субъективных проявлений заболевания, значительно улучшает физическое состояние и работоспособность больных.

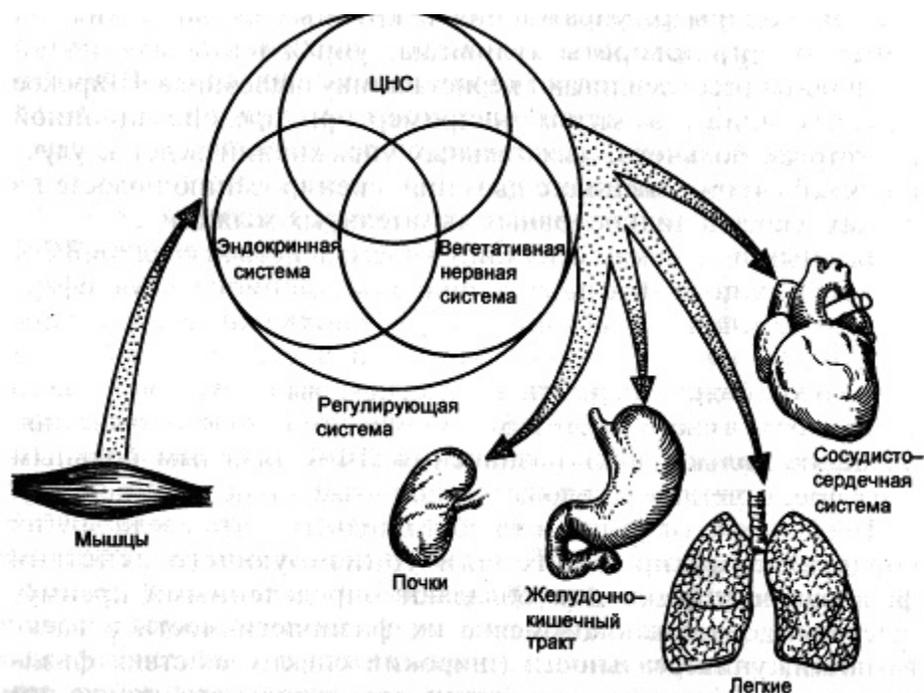
Помимо общетонизирующего воздействия, физические упражнения оказывают направленное действие, стимулируя преимущественно функции определенных органов систем: например, упражнения в крупных суставах нижних конечностей, повороты туловища, упражнения для мышц брюшного пресса усиливают перистальтику кишечника. Широкое использование в занятиях, например при предоперационной подготовке больного, дыхательных упражнений ведет к улучшению функции внешнего дыхания, дренированию полостей в легких, укреплению основных дыхательных мышц и др.

Важным признаком стимулирующего действия средств ЛФК является их положительное влияние на эмоциональную сферу больного. Физические упражнения, подвижные игры способствуют снятию своеобразного психического тормоза, не позволяют больному «уйти в болезнь», вырабатывают у него уверенность в своих силах и благоприятном исходе заболевания. Зачастую только факт назначения ЛФК тяжелым больным оказывает отчетливое положительное воздействие на их психику. Необходимо отметить и то обстоятельство, что среди других средств стимулирующего или тонизирующего действия физические упражнения обладают определенными преимуществами, заключающимися в их физиологичности и адекватности, универсальности (широкий спектр действия физических упражнений), отсутствии отрицательного побочного действия (при правильной дозировке нагрузки и рациональной методике занятий), возможности длительного применения, которое практически не имеет ограничений, переходя из лечебного в профилактическое и общеоздоровительное.

Трофическое действие физических упражнений. Одним из механизмов физиологического регулирования тканевого метаболизма являются трофические рефлексы. Трофическую функцию выполняют различные отделы ЦНС, в том числе кора большого мозга и гипоталамус. Известно, что реализация любого вида нервной деятельности – от простого рефлекторного акта до сложных форм поведения – связана с изменением уровня обменных процессов, особенно в тех случаях, когда в качестве исполнительного эффекторного механизма выступает опорно-двигательный аппарат. Информация, исходящая от проприоцепторов последнего, обладает высоким уровнем трофического влияния на все органы, в том числе на клетки нервной системы (рис.).

Функциональная пластичность и адаптация проприоцепторов к повседневным потребностям организма обеспечиваются специальным рефлекторным механизмом. Существует симпатическая (по Л.А.Орбели) иннервация мышечных рецепторов. Афферентные импульсы, идущие по этим нервам к рецепторам, оказывают трофическое действие, регулируя таким образом их возбудимость. В свою очередь функциональная активность

проприоцепторов определяет интенсивность их рефлекторно-трофических влияний на различные системы организма.



Взаимодействие опорно-двигательного аппарата с внутренними органами.

При дефиците тонизирующих и стимулирующих влияний ЦНС снижаются тонус скелетной мускулатуры и частота проприоцептивной импульсации, что в свою очередь сказывается на нервной трофике. Проприоцептивная импульсация, усиливающаяся при выполнении физических упражнений, разрывает порочный круг, стимулирует нервную трофику и восстанавливает нормальное соотношение между опорно-двигательным аппаратом и физиологическими системами организма (дыхательной, сердечно-сосудистой и др.). Активизирующаяся проприоцепция (изотонический и изометрический режим работы) изменяет функциональное состояние нервных центров, регулирующих работу внутренних органов. Эта перестройка сохраняется и усиливается, благоприятствуя трофике и работоспособности мышц, и не только скелетных, но и внутренних органов, особенно миокарда. Именно трофические процессы способствуют повышению функциональной способности мышцы сердца, ее тренировке.

Общеизвестно трофическое влияние физических упражнений в фазе формирования регенерата, замещающего дефект. В основе его лежит активизация пластических процессов при повышенной доставке белков, обеспечивающей компенсацию затрат энергии на мышечную работу. Лечебное применение физических упражнений не только стимулирует трофические процессы, но и, направляя его по функциональному руслу, способствует формированию наиболее полноценной структуры регенерата.

Трофическое действие физических упражнений может проявиться в виде регенерационной, или компенсаторной, гипертрофии. Регенерационная гипертрофия протекает в виде более интенсивной физиологической реакции тканевых элементов. Например, активные мышечные нагрузки у больных с травматическим повреждением нижних конечностей ведут к усилению нервно-трофического влияния на определенную группу мышц, активизации системы РНК – белок, усилению белкового синтеза и снижению распада (особенно миофибриллярных белков), возрастанию мощности систем анаэробного и особенно аэробного синтеза за счет усиления утилизации липидов и углеводов. Увеличение функциональной нагрузки (по оси трубчатой кости) усиливает гидродинамическое влияние упругих деформаций кости на микроциркуляцию и трофику тканей и приводит к преобладанию костеобразовательных процессов. Трофическое действие физических упражнений проявляется в снижении мышечного напряжения при различных синдромах остеохондроза позвоночника, сколиозе и других заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Например, при остеохондрозе позвоночника мышечное напряжение сопровождается, во-первых, ухудшением кровоснабжения мышц, вовлеченных в патологический процесс; во-вторых, усилением компрессии нервных корешков и сосудистых образований, проходящих в межпозвоночном отверстии, усугубляя тем самым клинические проявления болезни. Физические упражнения, направленные на расслабление определенных мышечных групп, способствуют улучшению в них микроциркуляции, уменьшают степень компрессии нервно-сосудистых образований. В целом, это способствует профилактике прогрессирования дегенеративно-дистрофических процессов в мышцах и тканях, окружающих позвоночник.

Формирование компенсаций это временное или постоянное замещение нарушенных функций.

■ Временные – приспособления организма на определенный период (болезни или выздоровления).

■ Постоянные – необходимы при безвозвратной утрате или резком нарушении функции.

При заболеваниях и повреждениях центральной и периферической нервной системы нарушения функции мышц (парезы, параличи) могут вызвать развитие тугоподвижности в суставах, контрактур. При длительном отсутствии активных движений в суставах в них развиваются вторичные изменения, в свою очередь уменьшающие амплитуду движений. В процессе выполнения специальных физических упражнений улучшается крово- и лимфообращение в околоуставных тканях, увеличивается подвижность, что в свою очередь ведет к более полноценному функциональному восстановлению всей конечности. Используя таким образом висцеро-висцеральные и моторно-висцеральные взаимоотношения, можно так подобрать физические упражнения, чтобы их трофическое действие локализовалось именно в конкретной области или органе.

Формирование компенсаций. Компенсация представляет собой временное или постоянное замещение нарушенных функций. Компенсаторные процессы имеют два этапа: срочной и долговременной компенсации. Так, например, при травматическом повреждении правой руки больной немедленно начинает использовать в различных бытовых операциях левую руку. Эта срочная компенсация важна в экстремальных ситуациях, однако она заведомо несовершенна. В дальнейшем в результате тренировки физическими упражнениями и формирования в головном мозге системы новых структурно закрепленных временных связей развиваются навыки, обеспечивающие долговременную компенсацию – относительно совершенное выполнение левой рукой бытовых манипуляций, обычно выполняемых правой.

В результате изучения компенсаторных процессов при нарушении двигательных функций и функций внутренних органов академик П.К.Анохин сформулировал несколько общих принципов, характеризующих процесс формирования функциональных систем, которые компенсируют дефект. Эти принципы могут быть применены к компенсаторным процессам при повреждении различных органов. Например, повреждение нижней конечности вызывает нарушение равновесия и ходьбы. Это влечет за собой изменение сигнализации от рецепторов вестибулярного аппарата, проприоцепторов мышц, рецепторов кожи конечностей и туловища, а также зрительных рецепторов (принцип сигнализации дефекта). В результате переработки этой информации в ЦНС функция определенных моторных центров и мышечных групп меняется таким образом, чтобы восстановить в той или иной мере равновесие и сохранить возможность передвижения, хотя и в измененном виде. По мере увеличения степени повреждения сигнализация о дефекте может нарастать, и тогда в компенсаторные процессы вовлекаются новые области ЦНС и соответствующие им мышечные группы (принцип прогрессирующей мобилизации запасных компенсаторных механизмов). В дальнейшем по мере эффективной компенсации или устранения самого повреждения состав афферентного импульсного потока, поступающего в высшие отделы нервной системы, будет меняться. Соответственно будут выключаться определенные отделы функциональной системы, ранее участвовавшие в осуществлении компенсаторной деятельности, или включаться новые компоненты (принцип обратной афферентации этапов восстановления нарушенных функций). Сохранение после регулярных занятий физическими упражнениями достаточно стабильного анатомического дефекта будет давать себе знать определенной комбинацией афферентаций, поступающих в высшие отделы нервной системы, которые на этой основе обеспечат образование стабильной комбинации временных связей и оптимальную компенсацию, т.е. минимальную хромоту при данном повреждении (принцип санкционированной афферентаций). Длительная тренировка компенсаторных механизмов (ходьба на костылях, с помощью палочки, самостоятельно) может обеспечить достаточную компенсацию нарушенных или утраченных функций,

однако на определенной стадии дальнейшее совершенствование сложных рефлекторных механизмов не приводит к существенному изменению, т.е. наступает стабилизация компенсации [принцип относительной устойчивости компенсаторных приспособлений]. В этом периоде устанавливается динамически устойчивое уравнивание организма больного с опилленным структурно-функциональным дефектом во внешней среде. Роль коры большого мозга в компенсаторных процессах при повреждении нижележащих отделов нервной системы определяется тем, что корковые отделы анализаторов чутко реагируют на любое изменение взаимоотношений организма с окружающей средой. Этим объясняется решающая роль коры компенсации нарушений движения после травм и ре-| конструктивных операций. Например, после операции расчленения предплечья (создание руки Крукенберга) имеются лишь анатомические предпосылки для компенсации отсутствующей кисти. Для того чтобы вновь образованные «бранши» и в той или иной мере приняли на себя функцию отсутствующей кисти, необходимы глубокие изменения функций плеча и предплечья, обуславливаемые перестройкой соответствующих нервных центров. Без обучения, основанного на тесном разъяснении тренировки определенных групп мышц, рисунка самого движения и закрепления его в процессе мировки такая перестройка невозможна даже в течение ряда лет. Для развития компенсации в данном случае необходимы и деятельность корковых механизмов, в частности второй сигнальной системы, и тренировка физическими упражнениями определенных групп мышц плеча и предплечья.

Процесс компенсации нарушенных функций является активным, так как организм больного использует достаточно сложный комплекс различных, наиболее целесообразных в конкретной ситуации реакций для обеспечения наибольшей степени управляемости сегментами тела с целью оптимальной стратегии и тактики во взаимоотношениях с окружающей средой.

Нормализация патологически измененных функций и целостной деятельности организма. ЛФК – это прежде всего терапия, использующая наиболее адекватные биологические пути мобилизации собственных приспособительных, защитных и компенсаторных резервов организма для ликвидации патологического процесса. Вместе с двигательной функцией восстанавливается и поддерживается здоровье. Важнейшим путем нормализации функциональных нарушений является воздействие через проприоцепторы, импульсация от которых оказывает как общетонизирующее влияние на ЦНС, так и специфическое влияние на нервные центры регуляции физиологических функций (в частности, на сосудодвигательные центры).

Физические упражнения в отдельных случаях оказывают симптоматическое воздействие на физиологические функции. Например, специальные дыхательные упражнения могут по механизму моторно-пульмональных рефлексов активизировать дренажную функцию бронхов и обеспечивать усиление выделения мокроты. При явлениях метеоризма

специальными упражнениями можно воздействовать на перистальтику кишечника и нормализовать его функцию.

Нормализации функций заключается, как в восстановлении поврежденного органа, так и всего организма в целом.

Клиническое выздоровление, т.е. нормализация температуры, исчезновение симптомов заболевания не означает еще, что произошло полное восстановление функционального состояния организма и его трудоспособности, уровня общей тренированности и развития двигательных качеств, сниженных во время болезни. Это достигается только в результате последующей длительной систематической тренировки, окончательно нормализующей вегетативные и двигательные функции. Нормализация функций основана на способности целенаправленных физических упражнений тормозить или полностью устранять сформировавшийся во время болезни патологические условно-рефлекторные связи и одновременно восстанавливать нормальную регуляцию деятельности всего организма. Нормализация функций достигается постепенной и осторожной тренировкой, с помощью которой удается восстановить нарушенную болезнью и вынужденным покоем координацию в работе сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма. Физических упражнений соответствующие возможностям сердечно-сосудистой системы. способствуют восстановлению моторно-висцеральных рефлексов.

Таким образом, лечебное действие физических упражнений многообразно. Оно может проявляться комплексно, например, в виде одновременного трофического и компенсаторного влияния. В зависимости от конкретной патологии, локализации процесса, стадии заболевания, возраста и тренированности больного можно подобрать определенные физические упражнения, дозировку мышечной нагрузки, которые обеспечат преимущественное действие определенного механизма, необходимого для восстановительного лечения заболевания.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло – М.: Советский спорт, 2008. – 256 с.

4. Шапкина, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкина – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

Тема 6.2. Лекция . Физиологические основы корригирующего действия физической культуры.

1. Лечебное действие физических упражнений.
2. Представление о развитии моторно-висцеральных рефлексов.
3. Механизмы лечебного действия физических упражнений.
4. Механизм тонизирующего действия.
5. Механизм трофического действия.
6. Механизм нормализации функций.
7. Механизм развития компенсаций.

В организме инвалида происходят различные структурные и функциональные нарушения. Вынужденная длительная гиподинамия может ухудшить течение инвалидизации и вызвать ряд осложнений. С одной стороны, АФК оказывает непосредственное лечебное действие (стимулируя защитные механизмы, ускоряя и совершенствуя развитие компенсаций, изменяя обмен веществ, улучшая репаративные процессы, восстанавливая нарушенные функции), с другой – уменьшает неблагоприятные последствия сниженной двигательной активности

Здоровый организм обладает высокой способностью приспосабливаться к изменяющимся условиям внешней среды. При заболеваниях и инвалидности наблюдается подавление и ослабление приспособительных реакций. Сознательная физическая тренировка, посредством которой стимулируются физиологические процессы, увеличивает возможность больного организма к развитию приспособительных процессов. Полнота приспособления и есть полнота здоровья (В.Н.Мошков).

В развитии приспособительных реакций под влиянием дозированной физической тренировки ведущую роль играет нервная система (И.М.Сеченов, И.П.Павлов, С.П.Боткин и др.). Нервная регуляция деятельности организма осуществляется посредством рефлексов. Воздействия внешнего мира воспринимаются экстерорецепторами (зрительным, слуховым, тактильным и др.); возникающие возбуждения в виде импульсов достигают больших полушарий мозга и воспринимаются в форме различных ощущений. Центральная нервная система (ЦНС) формирует ответную реакцию. Такое же рефлекторное взаимодействие существует между внутренними органами и ЦНС. Импульсы от рецепторов внутренних органов (интерорецепторов) также поступают в нервные центры, сигнализируя об интенсивности функций и состоянии органа. Проприоцептивные импульсы с рецепторов мышц, связок, сухожилий поступают в ЦНС (кору больших полушарий, подкорковые центры, ретикулярную

формацию ствола мозга) и посредством рефлексов через центры вегетативной нервной системы регулируют деятельность внутренних органов и обмен веществ. Эту взаимосвязь объясняет теория моторно-висцеральных рефлексов, разработанная М.Р.Могендовичем.

В оценке физиологического действия физических упражнений необходимо учитывать их влияние на эмоциональное состояние больного. Положительные эмоции, возникающие в процессе занятий физическими упражнениями, стимулируют физиологические процессы в организме больного и одновременно отвлекают его от болезненных переживаний, что имеет важное значение для успеха лечения и реабилитации.

Помимо ведущего значения нервного механизма регуляции физиологических функций, большую роль играет гуморальный механизм. При выполнении мышечной работы в кровь выделяются гормоны (адреналин и др.), которые оказывают стимулирующее действие на работу сердца; метаболиты, образующиеся в мышцах, расширяют артериолы, снабжающие эти мышцы кровью. Химически активные вещества оказывают влияние на нервную систему. Такое взаимодействие нервных и гуморальных влияний обеспечивает общую благоприятную реакцию организма больного человека на различные виды физических нагрузок.

В.К.Добровольскому принадлежит приоритет в обосновании механизмов лечебного действия физических упражнений: тонизирующего влияния, трофического действия, формирования компенсаций и нормализации функций.

- Физические упражнения оказывают на организм тонизирующее (стимулирующее), трофическое, компенсаторное и нормализующее действие, заключающееся в изменении интенсивности биологических процессов в организме под влиянием дозированной физической нагрузки.
- Это может быть как усиление процессов возбуждения в ЦНС (гипотоническая болезнь), так и усиление процессов торможения (гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-п кишки).

Это зависит от заболевания и степени его выраженности. **Тонизирующее (стимулирующее) действие физических упражнений.** При заболевании организм находится в особенно неблагоприятных условиях как из-за нарушения функций, обусловленного патологическим процессом, так и вследствие вынужденной гипокинезии, ухудшающей состояние больного и способствующей прогрессированию болезни. Тонизирующее действие физических упражнений выражается прежде всего в стимуляции моторно-висцеральных рефлексов. Усиление афферентной импульсации проприоцепторов стимулирует клеточный метаболизм в нейронах центрального звена двигательного анализатора, вследствие чего усиливается трофическое влияние ЦНС на скелетную мускулатуру и внутренние органы, т.е. на весь

организм.

Влияние регулярных занятий физическими упражнениями на сердечно-сосудистую систему выражается в тренировке всех основных и вспомогательных факторов гемодинамики. Возрастает сократительная функция миокарда за счет усиления питания мышцы сердца во время выполнения физических упражнений; активизируется регионарный кровоток; вводятся в действие дополнительные (дежурные) капилляры и др. Вследствие этого усиливаются окислительно-восстановительные процессы в миокарде, увеличивается его сократительная функция за счет более полноценной диастолы, обусловленной увеличением массы циркулирующей крови при мышечной работе за счет выхода крови из депо.

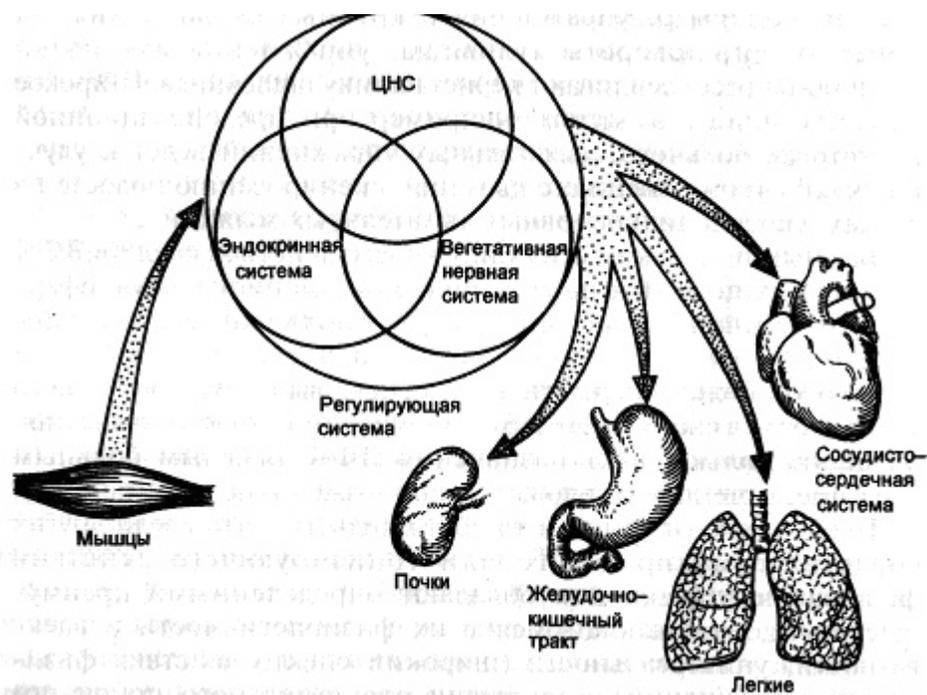
Стимуляция центральной регуляции сосудистого тонуса при мышечной нагрузке ведет к активизации и второго фактора гемодинамики — экстракардиального. Значительному усилению венозного кровообращения способствуют группа вспомогательных факторов гемодинамики, включающаяся при мышечной работе, дыхательные движения грудной клетки и диафрагмы, изменение внутрибрюшного давления, ритмичные сокращения и расслабления скелетной мускулатуры и др. Именно эти виды упражнений широко используются в ЛФК. Таким образом, физические упражнения являются эффективным фактором улучшения гемодинамики, усиления адаптации сердечно-сосудистой системы к возрастающим физическим нагрузкам и повышения ее функциональной способности.

Физические упражнения следует оценивать и в плане их общеразвивающего, общетонизирующего воздействия. Известно, что под влиянием тренировки повышается устойчивость организма к действию экстремальных факторов — гипоксии, перегревания, проникающей радиации, некоторых токсических веществ, перегрузки при действии ускорений и т.п. Стимулирующий эффект физических упражнений используется и для повышения неспецифической сопротивляемости организма больного. Установлено, что раннее включение собственных приспособительных реакций в ответ на раздражитель в виде физических упражнений во многом определяет быстроту выздоровления и полноту последующей реабилитации.

Систематическое применение физических упражнений ведет к выраженному повышению адаптации всего организма к меняющимся условиям внешней среды (в частности, к физическим нагрузкам), возрастанию функциональной способности опорно-двигательного аппарата, систем дыхания, кровообращения и др. Тренированность организма способствует уменьшению или исчезновению субъективных проявлений заболевания, значительно улучшает физическое состояние и работоспособность больных. Помимо общетонизирующего воздействия, физические упражнения оказывают направленное действие, стимулируя преимущественно функции определенных

органов систем: например, упражнения в крупных суставах нижних конечностей, повороты туловища, упражнения для мышц брюшного пресса усиливают перистальтику кишечника. Широкое использование в занятиях, например при предоперационной подготовке больного, дыхательных упражнений ведет к улучшению функции внешнего дыхания, дренированию полостей в легких, укреплению основных дыхательных мышц и др. Важным признаком стимулирующего действия средств ЛФК является их положительное влияние на эмоциональную сферу больного. Физические упражнения, подвижные игры способствуют снятию своеобразного психического тормоза, не позволяют больному «уйти в болезнь», вырабатывают у него уверенность в своих силах и благоприятном исходе заболевания. Зачастую только факт назначения ЛФК тяжелым больным оказывает отчетливое положительное воздействие на их психику. Необходимо отметить и то обстоятельство, что среди других средств стимулирующего или тонизирующего действия физические упражнения обладают определенными преимуществами, заключающимися в их физиологичности и адекватности, универсальности (широкий спектр действия физических упражнений), отсутствии отрицательного побочного действия (при правильной дозировке нагрузки и рациональной методике занятий), возможности длительного применения, которое практически не имеет ограничений, переходя из лечебного в профилактическое и общеоздоровительное.

Трофическое действие физических упражнений. Одним из механизмов физиологического регулирования тканевого метаболизма являются трофические рефлексы. Трофическую функцию выполняют различные отделы ЦНС, в том числе кора большого мозга и гипоталамус. Известно, что реализация любого вида нервной деятельности — от простого рефлекторного акта до сложных форм поведения — связана с изменением уровня обменных процессов, особенно в тех случаях, когда в качестве исполнительного эффекторного механизма выступает опорно-двигательный аппарат. Информация, исходящая от проприо-цепторов последнего, обладает высоким уровнем трофического влияния на все органы, в том числе на клетки нервной системы (рис. 2.1). Функциональная пластичность и адаптация проприоцепторов к повседневным потребностям организма обеспечиваются специальным рефлекторным механизмом. Существует симпатическая (по Л.А.Орбели) иннервация мышечных рецепторов. Афферентные импульсы, идущие по этим нервам к рецепторам, оказывают трофическое действие, регулируя таким образом их возбудимость. В свою очередь функциональная активность



Взаимодействие опорно-двигательного аппарата с внутренними органами. проприоцепторов определяет интенсивность их рефлекторно-трофических влияний на различные системы организма.

При дефиците тонизирующих и стимулирующих влияний ЦНС снижаются тонус скелетной мускулатуры и частота проприоцептивной импульсации, что в свою очередь сказывается на нервной трофике. Проприоцептивная импульсация, усиливающаяся при выполнении физических упражнений, разрывает порочный круг, стимулирует нервную трофику и восстанавливает нормальное соотношение между опорно-двигательным аппаратом и физиологическими системами организма (дыхательной, сердечно-сосудистой и др.). Активизирующаяся проприоцепция (изотонический и изометрический режим работы) изменяет функциональное состояние нервных центров, регулирующих работу внутренних органов. Эта перестройка сохраняется и усиливается, благоприятствуя трофике и работоспособности мышц, и не только скелетных, но и внутренних органов, особенно миокарда. Именно трофические процессы способствуют повышению функциональной способности мышцы сердца, ее тренировке. Общеизвестно трофическое влияние физических упражнений в фазе формирования регенерата, замещающего дефект. В основе его лежит активизация пластических процессов при повышенной доставке белков, обеспечивающей компенсацию затрат энергии на мышечную работу. Лечебное применение физических упражнений не только стимулирует трофические процессы, но и, направляя его по функциональному руслу, способствует

формированию наиболее полноценной структуры регенерата. Трофическое действие физических упражнений может проявиться в виде регенерационной, или компенсаторной, гипертрофии. Регенерационная гипертрофия протекает в виде более интенсивной физиологической реакции тканевых элементов. Например, активные мышечные нагрузки у больных с травматическим повреждением нижних конечностей ведут к усилению нервно-трофического влияния на определенную группу мышц, активизации системы РНК — белок, усилению белкового синтеза и снижению распада (особенно миофибрилярных белков), возрастанию мощности систем анаэробного и особенно аэробного синтеза за счет усиления утилизации липидов и углеводов. Увеличение функциональной нагрузки (по оси трубчатой кости) усиливает гидродинамическое влияние упругих деформаций кости на микроциркуляцию и трофику тканей и приводит к преобладанию костеобразовательных процессов. Трофическое действие физических упражнений проявляется в снижении мышечного напряжения при различных синдромах остеохондроза позвоночника, сколиозе и других заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Например, при остеохондрозе позвоночника мышечное напряжение сопровождается, во-первых, ухудшением кровоснабжения мышц, вовлеченных в патологический процесс; во-вторых, усилением компрессии нервных корешков и сосудистых образований, проходящих в межпозвоночном отверстии, усугубляя тем самым клинические проявления болезни. Физические упражнения, направленные на расслабление определенных мышечных групп, способствуют улучшению в них микроциркуляции, уменьшают степень компрессии нервно-сосудистых образований. В целом, это способствует профилактике прогрессирования дегенеративно-дистрофических процессов в мышцах и тканях, окружающих позвоночник.

Формирование компенсаций это временное или постоянное замещение нарушенных функций.

- Временные- приспособления организма на определенный период (болезни или выздоровления).
- Постоянные - необходимы при безвозвратной утрате или резком нарушении функции.

При заболеваниях и повреждениях центральной и периферической нервной системы нарушения функции мышц (парезы, параличи) могут вызвать развитие тугоподвижности в суставах, контрактур. При длительном отсутствии активных движений в суставах в них развиваются вторичные изменения, в свою очередь уменьшающие амплитуду движений. В процессе выполнения специальных физических упражнений улучшается крово- и лимфообращение в околосуставных тканях, увеличивается подвижность, что в свою очередь ведет к более полноценному функциональному восстановлению всей конечности.

Используя таким образом висцеро-висцеральные и моторно-висцеральные взаимоотношения, можно так подобрать физические упражнения, чтобы их трофическое действие локализовалось именно в конкретной области или органе.

Формирование компенсаций. Компенсация представляет собой временное или постоянное замещение нарушенных функций. Компенсаторные процессы имеют два этапа: срочной и долговременной компенсации. Так, например, при травматическом повреждении правой руки больной немедленно начинает использовать в различных бытовых операциях левую руку. Эта срочная компенсация важна в экстремальных ситуациях, однако она заведомо несовершенна. В дальнейшем в результате тренировки физическими упражнениями и формирования в головном мозге системы новых структурно закрепленных временных связей развиваются навыки, обеспечивающие долговременную компенсацию — относительно совершенное выполнение левой рукой бытовых манипуляций, обычно выполняемых правой.

В результате изучения компенсаторных процессов при нарушении двигательных функций и функций внутренних органов академик П.К.Анохин сформулировал несколько общих принципов, характеризующих процесс формирования функциональных систем, которые компенсируют дефект. Эти принципы могут быть применены к компенсаторным процессам при повреждении различных органов. Например, повреждение нижней конечности вызывает нарушение равновесия и ходьбы. Это влечет за собой изменение сигнализации от рецепторов вестибулярного аппарата, проприоцепторов мышц, рецепторов кожи конечностей и туловища, а также зрительных рецепторов (принцип сигнализации дефекта). В результате переработки этой информации в ЦНС функция определенных моторных центров и мышечных групп меняется таким образом, чтобы восстановить в той или иной мере равновесие и сохранить возможность передвижения, хотя и в измененном виде. По мере увеличения степени повреждения сигнализация о дефекте может нарастать, и тогда в компенсаторные процессы вовлекаются новые области ЦНС и соответствующие им мышечные группы (принцип прогрессирующей мобилизации запасных компенсаторных механизмов). В дальнейшем по мере эффективной компенсации или устранения самого повреждения состав афферентного импульсного потока, поступающего в высшие отделы нервной системы, будет меняться. Соответственно будут выключаться определенные отделы функциональной системы, ранее участвовавшие в осуществлении компенсаторной деятельности, или включаться новые компоненты (принцип обратной афферентации этапов восстановления нарушенных функций).

Сохранение после регулярных занятий физическими упражнениями достаточно стабильного анатомического дефекта будет давать себе знать определенной

комбинацией афферентаций, поступающих в высшие отделы нервной системы, которые на этой основе обеспечат образование стабильной комбинации временных связей и оптимальную компенсацию, т.е. мини-миллионную хромоту при данном повреждении (принцип санкционированной афферентаций). Длительная тренировка компенсаторных механизмов (ходьба на костылях, с помощью палочки, самостоятельно) может обеспечить достаточную компенсацию нарушенных или утраченных функций, однако на определенной стадии дальнейшее совершенствование сложных рефлекторных механизмов не приводит к существенному изменению, т.е. наступает стабилизация компенсации [принцип относительной устойчивости компенсаторных приспособлений]. В этом периоде устанавливается динамически устойчивое уравнивание организма больного с опилленным структурно-функциональным дефектом во внешней среде. Роль коры большого мозга в компенсаторных процессах при повреждении нижележащих отделов нервной системы определяется тем, что корковые отделы анализаторов чутко реагируют на любое изменение взаимоотношений организма с окружающей средой. Этим объясняется решающая роль коры компенсации нарушений движения после травм и реконструктивных операций. Например, после операции расчленения предплечья (создание руки Крукенберга) имеются лишь анатомические предпосылки для компенсации отсутствующей кисти. Для того чтобы вновь образованные «бранши» и в той или иной мере приняли на себя функцию отсутствующей кисти, необходимы глубокие изменения функций Плеча и предплечья, обуславливаемые перестройкой соответствующих нервных центров. Без обучения, основанного на к тесном разъяснении тренировки определенных групп мышц, аза рисунка самого движения и закрепления его в процессе мировки такая перестройка невозможна даже в течение ряда К | Для развития компенсации в данном случае необходимы и швная деятельность корковых механизмов, в частности шизмов второй сигнальной системы, и тренировка физическими упражнениями определенных групп мышц плеча и предплечья [Епифанов В.А., 1997].

Процесс компенсации нарушенных функций является активным, так как организм больного использует достаточно сложный комплекс различных, наиболее целесообразных в конкретной ситуации реакций для обеспечения наибольшей степени управляемости сегментами тела с целью оптимальной стратегии и тактики во взаимоотношениях с окружающей средой. Нормализация патологически измененных функций и целостной деятельности организма. ЛФК — это прежде всего терапия, использующая наиболее

адекватные биологические пути мобилизации собственных приспособительных, защитных и компенсаторных резервов организма для ликвидации патологического процесса. Вместе с двигательной функцией восстанавливается и поддерживается здоровье. Важнейшим путем нормализации функциональных нарушений является воздействие через проприоцепторы, импульсация от которых оказывает как общетонизирующее влияние на ЦНС, так и специфическое влияние на нервные центры регуляции физиологических функций (в частности, на сосудодвигательные центры). Физические упражнения в отдельных случаях оказывают симптоматическое воздействие на физиологические функции. Например, специальные дыхательные упражнения могут по механизму моторно-пульмональных рефлексов активизировать дренажную функцию бронхов и обеспечивать усиление выделения мокроты. При явлениях метеоризма специальными упражнениями можно воздействовать на перистальтику кишечника и нормализовать его функцию.

Нормализации функций заключается, как в восстановлении поврежденного органа, так и всего организма в целом.

Клиническое выздоровление, т.е. нормализация температуры, исчезновение симптомов заболевания не означает еще, что произошло полное восстановление функционального состояния организма и его трудоспособности, уровня общей тренированности и развития двигательных качеств, сниженных во время болезни. Это достигается только в результате последующей длительной систематической тренировки, окончательно нормализующей вегетативные и двигательные функции. Нормализация функций основана на способности целенаправленных физических упражнений тормозить или полностью устранять сформировавшийся во время болезни патологические условно-рефлекторные связи и одновременно восстанавливать нормальную регуляцию деятельности всего организма. Нормализация функций достигается постепенной и осторожной тренировкой, с помощью которой удастся восстановить нарушенную болезнью и вынужденным покоем координацию в работе сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма. Физических упражнений соответствующие возможностям сердечно-сосудистой системы. способствуют восстановлению моторно-висцеральных рефлексов.

Таким образом, лечебное действие физических упражнений многообразно. Оно может проявляться комплексно, например, в виде одновременного трофического и компенсаторного влияния. В зависимости от конкретной патологии, локализации процесса, стадии заболевания, возраста и

тренированности больного можно подобрать определенные физические упражнения, дозировку мышечной нагрузки, которые обеспечат преимущественное действие определенного механизма, необходимого для восстановительного лечения заболевания.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 26
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.10. Функциональное обследование различных систем организма инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Методы исследования сердечно-сосудистой системы.
2. Основные показатели деятельности и пробы при исследовании уровня функционального состояния сердечно-сосудистой системы, их значение.
3. Методы исследования дыхательной системы.
4. Основные показатели деятельности и пробы при исследовании уровня функционального системы внешнего дыхания, их значение.
5. Методы исследования нервной системы и сенсорных анализаторов.
6. Основные показатели деятельности и пробы при исследовании уровня функционального состояния нервной системы и сенсорных анализаторов, их значение.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Важным моментом является функциональное обследование различных систем организма инвалидов. Фактически, за исключением инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата, эти обследования проводятся также как и здоровых людей. Имеется в медицинской практике термин «физическое состояние», который включает физическое развитие, функциональное состояние основных систем организма и физическую подготовленность.

Диагностика состояния организма при занятиях адаптивной физической культурой включает в себя различные виды контроля: врачебный, педагогический, но особое место занимает самоконтроль.

Физическое развитие – это изменение форм и функций организма человека в течение его жизни.

Определить уровень и особенности физического развития можно, прежде всего, с помощью антропометрии.

Антропометрия – система измерений и исследований в антропологии линейных размеров и других физических характеристик тела.

Антропометрические измерения проводят по общепринятой методике с использованием специальных, стандартных инструментов. Измеряются: рост стоя и сидя, вес тела, окружность шеи, грудной клетки, талии, живота, плеча, предплечья, бедра, голени, ЖЕЛ, становая сила и сила мышц кисти, диаметры – плечевой, грудной клетки и тазогребневой, жиротложение.

Уровень физического развития оценивается с помощью трех методов: антропометрических стандартов, корреляции и индексов.

Антропометрические стандарты – это средние значения признаков физического развития, полученные при обследовании большого контингента людей, однородного по составу (возрасту, полу, профессии и т. д.). Средние величины (стандарты) антропометрических признаков определяются методом математической статистики. Для каждого признака вычисляют среднюю арифметическую величину (M – *mediana*) и средне-квадратичное отклонение (S – *сигма*), которое определяет границы однородной группы (нормы). Так, например, если средний рост студентов $173 (M) \pm 6 (S)$ см, то большинство обследованных (68–75)% имеют рост в пределах от 167 ($173 - 6$) см до 179 ($173 + 6$) см.

Для оценки, сначала определяется отличие показателей обследуемого от аналогичных стандартных. Например, обследуемый студент имеет рост 181,5 см, а средний показатель по стандартам (173 см при $S = \pm 6$), значит рост данного студента на 8,5 см больше среднего. Затем полученная разница делится на показатель S . Оценка определяется в зависимости от величины полученного частного: меньше – 2,0 (очень низкое); от – 1,0 до – 2,0 (низкое); от – 0,6 до – 1,0 (ниже среднего); от – 0,5 до +0,5 (среднее); от + 0,6 до +1,0 (выше среднего); от +1,0 до +2,0 (высокое), больше+2,0 (очень высокое).

В нашем примере получаем частное $8,5 : 6,0 = 1,4$. Следовательно, рост обследуемого студента соответствует оценке “высокий”.

Индексы физического развития. Это показатели физического развития, представляющие соотношение различных антропометрических признаков, выраженных в априорных математических формулах.

Метод индексов позволяет делать ориентировочные оценки изменений пропорциональности физического развития. Индекс – величина соотношения двух или нескольких антропометрических признаков. Индексы построены на связи антропометрических признаков (веса с ростом, жизненной емкостью легких, силой и т. п.) Разные индексы включают разное число признаков: простые (два признака), сложные – больше. Наиболее часто встречающиеся индексы.

Ростовой индекс Брока-Бругша. Для получения должной величины веса вычитается 100 из данных роста до 165 см; при росте от 165 до 175 см – 105, а при росте 175 см и выше – 110. Полученная разность и считается должным весом.

Весоростовой индекс (Кетле) определяется делением данных веса (в г) на данные роста (в см). Средними показателями считаются 350–400 г у мужчин и 325–375 г у женщин.

Для более точного определения веса тела необходимо учитывать тип телосложения и идеальный вес. Определение типа телосложения (см. выше), а идеальный вес вычисляется следующим образом.

Телосложение

Женщины

Мужчины

| | | |
|--------------|-------------------|-------------------|
| Астеники | рост (см) × 0,325 | рост (см) × 0,375 |
| Нормостеники | рост (см) × 0,340 | рост (см) × 0,390 |
| Гиперстеники | рост (см) × 0,355 | рост (см) × 0,410 |

Жизненный индекс определяется путем деления показателей жизненной емкости легких (МЛ) на вес тела (кг). Средняя величина составляет для мужчин – 60 (спортсмен 68–70) мл/кг, для женщин – 50 (спортсменки 57–60) мл/кг.

Силовой индекс получают от деления показателя силы на вес и выражают в процентах. Средними величинами считаются следующие: сила кисти мужчин (70–75)% веса, женщин – (50–60)% , спортсменов – (75–81)% , спортсменов – (60–70)% .

Коэффициент пропорциональности (КП) можно определить, зная длину тела в двух положениях:

$$\text{КП} = \frac{\text{рост стоя} - \text{рост сидя}}{\text{рост сидя}} \times 100\%$$

В норме КП = (87–92)% . Лица с низким КП имеют при прочих равных условиях более низкое расположение центра тяжести, что дает им преимущество при выполнении упражнений, требующих высокой устойчивости тела в пространстве (горнолыжный спорт, прыжки с трамплина, борьба и др.). Лица, имеющие высокий КП (более 92%), имеют преимущество в прыжках, беге. У женщин КП несколько ниже, чем у мужчин.

Показатель крепости сложения выражает разницу между длиной тела и суммой массы тела и окружности грудной клетки на выдохе. Например, при росте 181 см, весе 80 кг, окружности грудной клетки 90 см этот показатель будет равен $181 - (80 + 90) = 11$.

У взрослых разность меньше 10 можно оценить как крепкое телосложение, от 10 до 20 – как хорошее, от 21 до 25 – как среднее, от 26 до 35 – как слабое и более 36 – как очень слабое телосложение.

Следует, однако, учитывать, что показатель крепости телосложения может ввести в заблуждение, если большие величины веса тела и окружности грудной клетки связаны не с развитием мускулатуры, а являются следствием ожирения.

Функциональное состояние – комплекс свойств, определяющий уровень жизнедеятельности организма, системный ответ организма на физическую нагрузку, в котором отражается степень интеграции и адекватности функций выполняемой работе.

При исследовании функционального состояния организма, занимающегося физическими упражнениями, наиболее важны изменения систем кровообращения и дыхания, от них во многом зависит уровень физической работоспособности.

Важнейший показатель функционального состояния сердечно-сосудистой системы – пульс (частота сердечных сокращений) и его изменения.

Пульс покоя: измеряется в положении сидя при прощупывании височной, сонной, лучевой артерий или по сердечному толчку по 15-секундным отрезкам 2–3 раза подряд, чтобы получить достоверные цифры. Затем делается перерасчет на 1 мин. (число ударов в минуту).

ЧСС в покое в среднем у мужчин (55–70) уд./мин., у женщин – (60–75) уд./мин. При частоте свыше этих цифр пульс считается учащенным (тахикардия), при меньшей частоте – (брадикардия).

Для характеристики состояния сердечно-сосудистой системы имеют также большое значение данные артериального давления.

Артериальное давление. Различают максимальное (систолическое) и минимальное (диастолическое) давления. Нормальными величинами артериального давления для молодых людей считаются: максимальное от 100 до 129 мм рт. ст., минимальное – от 60 до 79 мм рт. ст.

Артериальное давление от 130 мм рт. ст. и выше для максимального и от 80 мм рт. ст. и выше для минимального называется гипертоническим состоянием, соответственно ниже 100 и 60 мм рт. ст. – гипотоническим.

Для характеристики сердечно-сосудистой системы большое значение имеет оценка изменений работы сердца и артериального давления после физической нагрузки и длительность восстановления. Такое исследование проводится с помощью различных функциональных проб.

Функциональная проба – неотъемлемая часть комплексной методики врачебного контроля. Применение таких проб необходимо для полной характеристики функционального состояния организма занимающегося.

Результаты функциональных проб оцениваются в сопоставлении с другими данными врачебного контроля. Нередко неблагоприятные реакции на нагрузку при проведении функциональной пробы являются наиболее ранним признаком ухудшения функционального состояния, связанного с заболеванием, переутомлением, перетренированностью.

Наиболее часто встречающиеся функциональные пробы, используемые в спортивной практике, а также пробы, которые можно использовать при самостоятельных занятиях физической культурой.

20 приседаний за 30 с. Занимающийся отдыхает сидя 3 мин. Затем подсчитывается ЧСС за 15 с с пересчетом на 1 мин. (исходная частота). Далее выполняются 20 глубоких приседаний за 30 с, поднимая руки вперед при каждом приседании, разводя колени в стороны, сохраняя туловище в вертикальном положении. Сразу после приседаний, в положении сидя, вновь подсчитывается ЧСС в течение 15 с с пересчетом на 1 мин. Определяется увеличение ЧСС после приседаний сравнительно с исходной в %. Например, пульс исходный 60 уд./мин., после 20 приседаний 81 уд./мин., поэтому $(81-60) : 60 \times 100 = 35\%$.

Восстановление пульса после нагрузки. Для характеристики восстановительного периода после выполнения 20 приседаний за 30 с подсчитывается ЧСС за 15 с на 3-й мин. восстановления, делается перерасчет на 1 мин. и по величине разности ЧСС до нагрузки и в восстановительном периоде оценивается способность сердечно-сосудистой системы к восстановлению (табл. 6).

Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы наиболее широкое распространение получили гарвардский степ-тест (ГСТ) и тест PWC-170.

Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы

| Тесты | Пол | Оценка | | | | |
|---|-----|--------|-------|-------|--------|------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| ЧСС в покое после 3 мин. отдыха в полож. сидя, уд./мин. | ж | <71 | 71-78 | 79-87 | 88-94 | >94 |
| | м | <66 | 66-73 | 74-82 | 83-89 | >89 |
| 20 приседаний за 30 с*, % | ж | <36 | 36-55 | 56-75 | 76-95 | >95 |
| | м | | | | | |
| Восстановление пульса после нагрузки**, уд./мин. | ж | <2 | 2-4 | 5-7 | 8-10 | >10 |
| | м | | | | | |
| Проба на задержку дыхания (проба Штанге) | ж | >74 | 74-60 | 59-50 | 49-40 | <40 |
| | м | | | | | |
| ЧСС×А _д макс/100 | ж | <70 | 70-84 | 85-94 | 95-110 | >110 |
| | м | | | | | |

Примечание. * Методика проведения функциональной пробы 20 приседаний за 30 с. Занимающийся отдыхает сидя 3 мин., затем подсчитывается ЧСС за 15 с с перерасчетом на 1 мин. (исходная частота).

Далее выполняются 20 глубоких приседаний за 30 с, поднимая руки вперед при каждом приседании, разводя колени в стороны, сохраняя туловище в вертикальном положении. Сразу же после приседаний студент садится и у него подсчитывается ЧСС в течение 15 с с перерасчетом на 1 мин. Определяется увеличение ЧСС после приседания по сравнению с исходной, в %.

Например, ЧСС исходная – 60 уд/мин, после 20 приседаний – 81 уд/мин, поэтому $(81 - 60) : 60 \times 100 = 35\%$.

** Для характеристики восстановительного периода после выполнения 20 приседаний за 30 с подсчитывается ЧСС за 15 с на 3-й мин. восстановления, делается перерасчет на 1 мин. и по величине разности ЧСС до нагрузки и в восстановительном периоде оценивается способность сердечно-сосудистой системы к восстановлению.

Проведение (ГСТ) заключается в восхождении и спуске со ступеньки стандартной величины в определенном темпе в течение определенного времени. ГСТ заключается в подъемах на ступеньку высотой 50 см для мужчин и 41 см для женщин в течение 5 мин. в темпе 30 подъемов/мин.

Если исследуемый не может поддерживать заданный темп в течение указанного времени, то работу можно прекратить, зафиксировать ее продолжительность и частоту сердечных сокращений в течение 30 с 2-й мин. восстановления.

По продолжительности выполненной работы и по количеству ударов пульса вычисляют индекс гарвардского степ-теста (ИГСТ):

$$\text{ИГСТ} = \frac{\text{Продолжительность работы (с)}}{5,5 \times \text{число ударов пульса (с)}} \times 100\%$$

Более точно можно рассчитать ИГСТ, если пульс считать 3 раза: в первые 30 с 2, 3, 4-й мин. восстановления, тогда

$$\text{ИГСТ} = \frac{t}{2(f_1 + f_2 + f_3)} \times 100\%$$

где t – время восхождения в с; f_1, f_2, f_3 – ЧСС за первые 30 с 2, 3, 4-й мин. восстановления.

Оценка уровня физической работоспособности по ИГСТ осуществляется с использованием данных, приведенных в табл. 7.

Таблица 7. Значение уровня физической работоспособности по ИГСТ

| ИГСТ | Оценка работоспособности |
|------------|--------------------------|
| 55 и менее | Слабая |
| 55–64 | Ниже средней |
| 65–79 | Средняя |
| 80–89 | Хорошая |
| 90 и более | Отличная |

Принцип оценки в тесте PWC-170 основан на линейной зависимости между ЧСС и мощностью выполняемой работы, а занимающийся выполняет 2 относительно небольшие нагрузки на велоэргометре или в степ-тесте (методика проведения теста PWC-170 не приводится, так как он достаточно сложен и требует специальных знаний, подготовки, оборудования).

Ортоstaticкая проба. Занимающийся лежит на спине и у него определяют ЧСС (до получения стабильных цифр). После этого исследуемый спокойно встает и вновь измеряется ЧСС. В норме при переходе из положения лежа в положение стоя отмечается учащение пульса на 10–12 уд./мин. Считается, что учащение его более 20 уд./мин. – неудовлетворительная реакция, что указывает на недостаточную нервную регуляцию сердечно-сосудистой системы.

При выполнении физических нагрузок резко увеличивается потребление кислорода работающими мышцами, мозгом, в связи с чем возрастает функция органов дыхания. Физическая нагрузка увеличивает размеры грудной клетки, ее подвижность, повышает частоту и глубину дыхания, поэтому оценить развитие органов дыхания можно по показателю экскурсии грудной клетки (ЭКГ).

ЭКГ оценивается по увеличению окружности грудной клетки (ОКГ) при максимальном вдохе после глубокого выдоха. Например, ОКГ в спокойном состоянии 80 см, при максимальном вдохе – 85 см, после глубокого выдоха – 77 см. ЭКГ = $(85 - 77) : 80 \times 100 = 10\%$. Оценки: “5” – (15% и более), “4” – (14–12)%, “3” – (11–9)%, “2” – (8–6)% и “1” – (5% и менее).

Важным показателем функции дыхания является жизненная емкость легких (ЖЕЛ). Величина ЖЕЛ зависит от пола, возраста, размеров тела и физической подготовленности.

Для того чтобы дать оценку фактической ЖЕЛ, ее сравнивают с величиной должной ЖЕЛ, т.е. той, которая должна быть у данного человека.

Для определения должной ЖЕЛ может быть рекомендовано уравнение Людвига:

$$\text{ЖЕЛ} = \frac{\text{фактическая ЖЕЛ}}{\text{должная ЖЕЛ}} \times 100\%$$

Мужчины:

$$\text{ЖЕЛ} = (40 \times \text{рост в см}) + (30 \times \text{вес в кг}) - 4400,$$

женщины:

$$\text{ЖЕЛ} = (40 \times \text{рост в см}) + (10 \times \text{вес в кг}) - 3800.$$

У хорошо подготовленных людей фактическая ЖЕЛ колеблется в среднем от 4000 до 6000 мл и зависит от двигательной направленности.

Есть довольно простой способ контроля “с помощью дыхания” – так называемая проба Штанге. Сделать 2–3 глубоких вдоха и выдоха, а затем, сделав полный вдох, задержать дыхание. Отмечается время от момента задержки дыхания до начала следующего вдоха. По мере тренированности время задержки дыхания увеличивается. Хорошо подготовленные студенты задерживают дыхание на 60–100 с.

Самоконтроль – это самостоятельное наблюдение за состоянием своего здоровья, физическим развитием, функциональным состоянием организма, физической подготовленностью и их изменениями под влиянием занятий физическими упражнениями и спортом.

Самоконтроль является существенным дополнением к врачебному и педагогическому контролю, но ни в коем случае их не заменяет. Самоконтроль может носить врачебный или педагогический характер, а может включать в себя и то, и другое. Данные самоконтроля оказывают большую помощь преподавателю в регулировании физической нагрузки, а врачу – своевременно сигнализируют об отклонениях в состоянии здоровья.

К субъективным показателям самоконтроля относятся: самочувствие, настроение, наличие или отсутствие болевых или других неприятных ощущений, сон, аппетит, отношение к занятиям и др.

К объективным показателям самоконтроля относятся частота пульса, вес, сила мышц, жизненная емкость легких, спортивные результаты и др.

Наиболее удобная форма самоконтроля – это ведение дневника, содержание и построение которого может быть различным. Он включает как субъективные, так и объективные показатели самоконтроля. При занятиях физической культурой по учебной программе, а также при самостоятельных занятиях можно ограничиться такими показателями, как самочувствие, сон, аппетит, болевые ощущения, пульс, вес, тренировочные нагрузки, нарушение режима, спортивные результаты.

Самочувствие является субъективной оценкой состояния организма, отмечается хорошее, удовлетворительное и плохое. При плохом самочувствии фиксируется характер необычных ощущений.

Сон. В дневнике отмечается продолжительность и глубина сна, его нарушения (трудное засыпание, беспокойный сон, бессонница, недосыпание и др.).

Appetitus отмечается хороший, пониженный, чрезмерный. Различные отклонения в состоянии здоровья быстро отражаются на аппетите, поэтому его существенные изменения, как правило, являются результатом переутомления, заболевания или несоблюдения правил культуры питания.

Пульс – важный показатель состояния организма. Обычно на учебных занятиях по физической культуре частота пульса при средней нагрузке достигает 130–150 уд./мин. На спортивных тренировках, при значительных физических нагрузках частота пульса доходит до 180–200 уд./мин. и более. После большой физической нагрузки пульс приходит к исходным величинам через 20–30, иногда через 40–50 мин.

Если в указанное время после учебно-тренировочного занятия пульс не возвращается к исходным величинам, это свидетельствует о наступлении большого утомления в связи с недостаточной физической подготовленностью или наличием каких-то отклонений в состоянии организма.

Для оценки деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы можно применять различные функциональные пробы, а их результаты записывать в дневник самоконтроля.

Вес тела рекомендуется определять утром натощак, в одном и том же костюме. В первом периоде тренировки вес обычно снижается, затем стабилизируется и в дальнейшем за счет прироста мышечной массы несколько увеличивается. При резком снижении веса следует обратиться к врачу.

Нагрузки основной части занятия и нарушение режима вместе с другими показателями дают возможность объяснить различные отклонения в состоянии организма.

Особое значение имеет самоконтроль для лиц, имеющих ослабленное здоровье и занимающихся в специальном учебном отделении. Самоконтроль в значительной мере помогает их рациональному физическому воспитанию, способствует эффективному использованию средств физической культуры для укрепления их здоровья, борьбы с имеющимися отклонениями и заболеваниями, повышения физической и общей работоспособности.

Самоконтроль помогает занимающемуся физическими упражнениями и спортом лучше познать самого себя, приучает следить за собственным здоровьем, прививает грамотное и осмысленное отношение к занятиям физической культурой.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.

3. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры / Под ред. С.П. Евсеева, С.Ф. Курдыбайло – М.: Советский спорт, 2008. – 256 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

Тема 11.10 Лекция. Функциональное обследование различных систем организма инвалидов

План

1. Составные части физического состояния.
2. Методы оценки физического развития.
3. Методы оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы и проведение функциональных проб.
4. Методы оценки функционального состояния дыхательной системы.
5. Методы оценки функционального состояния вегетативной нервной системы.
6. Самоконтроль.

Важным моментом является функциональное обследование различных систем организма инвалидов. Фактически, за исключением инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата, эти обследования проводятся также как и здоровых людей. Имеется в медицинской практике термин «физическое состояние», который включает физическое развитие, функциональное состояние основных систем организма и физическую подготовленность.

Диагностика состояния организма при занятиях адаптивной физической культурой включает в себя различные виды контроля: врачебный, педагогический, но особое место занимает самоконтроль.

Физическое развитие – это изменение форм и функций организма человека в течение его жизни.

Определить уровень и особенности физического развития можно, прежде всего, с помощью антропометрии.

Антропометрия – система измерений и исследований в антропологии линейных размеров и других физических характеристик тела.

Антропометрические измерения проводят по общепринятой методике с использованием специальных, стандартных инструментов. Измеряются: рост стоя и сидя, вес тела, окружность шеи, грудной клетки, талии, живота, плеча, предплечья, бедра, голени, ЖЕЛ, станова́я сила и сила мышц кисти, диаметры – плечевой, грудной клетки и тазогребневой, жиротложение.

Уровень физического развития оценивается с помощью трех методов: антропометрических стандартов, корреляции и индексов.

Антропометрические стандарты – это средние значения признаков физического развития, полученные при обследовании большого контингента людей, однородного по составу (возрасту, полу, профессии и т. д.). Средние величины (стандарты) антропометрических признаков определяются методом математической статистики. Для каждого признака вычисляют среднюю

арифметическую величину (M – *mediana*) и средне-квадратичное отклонение (S – *сигма*), которое определяет границы однородной группы (нормы). Так, например, если средний рост студентов $173 (M) \pm 6 (S)$ см, то большинство обследованных (68–75)% имеют рост в пределах от 167 ($173 - 6$) см до 179 ($173 + 6$) см.

Для оценки, сначала определяется отличие показателей обследуемого от аналогичных стандартных. Например, обследуемый студент имеет рост 181,5 см, а средний показатель по стандартам (173 см при $S = \pm 6$), значит рост данного студента на 8,5 см больше среднего. Затем полученная разница делится на показатель S . Оценка определяется в зависимости от величины полученного частного: меньше – 2,0 (очень низкое); от – 1,0 до – 2,0 (низкое); от – 0,6 до – 1,0 (ниже среднего); от – 0,5 до +0,5 (среднее); от + 0,6 до +1,0 (выше среднего); от +1,0 до +2,0 (высокое), больше+2,0 (очень высокое).

В нашем примере получаем частное $8,5 : 6,0 = 1,4$. Следовательно, рост обследуемого студента соответствует оценке “высокий”.

Индексы физического развития. Это показатели физического развития, представляющие соотношение различных антропометрических признаков, выраженных в априорных математических формулах.

Метод индексов позволяет делать ориентировочные оценки изменений пропорциональности физического развития. Индекс – величина соотношения двух или нескольких антропометрических признаков. Индексы построены на связи антропометрических признаков (веса с ростом, жизненной емкостью легких, силой и т. п.) Разные индексы включают разное число признаков: простые (два признака), сложные – больше. Наиболее часто встречающиеся индексы.

Ростовой индекс Брока-Бругша. Для получения должной величины веса вычитается 100 из данных роста до 165 см; при росте от 165 до 175 см – 105, а при росте 175 см и выше – 110. Полученная разность и считается должным весом.

Весоростовой индекс (Кетле) определяется делением данных веса (в г) на данные роста (в см). Средними показателями считаются 350–400 г у мужчин и 325–375 г у женщин.

Для более точного определения веса тела необходимо учитывать тип телосложения и идеальный вес. Определение типа телосложения (см. выше), а идеальный вес вычисляется следующим образом.

| Телосложение | Женщины | Мужчины |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Астеники | рост (см) \times 0,325 | рост (см) \times 0,375 |
| Нормостеники | рост (см) \times 0,340 | рост (см) \times 0,390 |

Гиперстеники

рост (см) × 0,355

рост (см) × 0,410

Жизненный индекс определяется путем деления показателей жизненной емкости легких (МЛ) на вес тела (кг). Средняя величина составляет для мужчин – 60 (спортсмен 68–70) мл/кг, для женщин – 50 (спортсменки 57–60) мл/кг.

Силовой индекс получают от деления показателя силы на вес и выражают в процентах. Средними величинами считаются следующие: сила кисти мужчин (70–75)% веса, женщин – (50–60)% , спортсменов – (75–81)% , спортсменок – (60–70)% .

Коэффициент пропорциональности (КП) можно определить, зная длину тела в двух положениях:

$$\text{КП} = \frac{\text{рост стоя} - \text{рост сидя}}{\text{рост сидя}} \times 100\%$$

В норме КП = (87–92)% . Лица с низким КП имеют при прочих равных условиях более низкое расположение центра тяжести, что дает им преимущество при выполнении упражнений, требующих высокой устойчивости тела в пространстве (горнолыжный спорт, прыжки с трамплина, борьба и др.). Лица, имеющие высокий КП (более 92%), имеют преимущество в прыжках, беге. У женщин КП несколько ниже, чем у мужчин.

Показатель крепости сложения выражает разницу между длиной тела и суммой массы тела и окружности грудной клетки на выдохе. Например, при росте 181 см, весе 80 кг, окружности грудной клетки 90 см этот показатель будет равен $181 - (80 + 90) = 11$.

У взрослых разность меньше 10 можно оценить как крепкое телосложение, от 10 до 20 – как хорошее, от 21 до 25 – как среднее, от 26 до 35 – как слабое и более 36 – как очень слабое телосложение.

Следует, однако, учитывать, что показатель крепости телосложения может ввести в заблуждение, если большие величины веса тела и окружности грудной клетки связаны не с развитием мускулатуры, а являются следствием ожирения.

Функциональное состояние – комплекс свойств, определяющий уровень жизнедеятельности организма, системный ответ организма на физическую нагрузку, в котором отражается степень интеграции и адекватности функций выполняемой работе.

При исследовании функционального состояния организма, занимающегося физическими упражнениями, наиболее важны изменения систем кровообращения и дыхания, от них во многом зависит уровень физической работоспособности.

Важнейший показатель функционального состояния сердечно-сосудистой системы – пульс (частота сердечных сокращений) и его изменения.

Пульс покоя: измеряется в положении сидя при прощупывании височной, сонной, лучевой артерий или по сердечному толчку по 15-секундным отрезкам 2–3 раза

поряд, чтобы получить достоверные цифры. Затем делается перерасчет на 1 мин. (число ударов в минуту).

ЧСС в покое в среднем у мужчин (55–70) уд./мин., у женщин – (60–75) уд./мин. При частоте выше этих цифр пульс считается учащенным (тахикардия), при меньшей частоте – (брадикардия).

Для характеристики состояния сердечно-сосудистой системы имеют также большое значение данные артериального давления.

Артериальное давление. Различают максимальное (систолическое) и минимальное (диастолическое) давления. Нормальными величинами артериального давления для молодых людей считаются: максимальное от 100 до 129 мм рт. ст., минимальное – от 60 до 79 мм рт. ст.

Артериальное давление от 130 мм рт. ст. и выше для максимального и от 80 мм рт. ст. и выше для минимального называется гипертоническим состоянием, соответственно ниже 100 и 60 мм рт. ст. – гипотоническим.

Для характеристики сердечно-сосудистой системы большое значение имеет оценка изменений работы сердца и артериального давления после физической нагрузки и длительность восстановления. Такое исследование проводится с помощью различных функциональных проб.

Функциональная проба – неотъемлемая часть комплексной методики врачебного контроля. Применение таких проб необходимо для полной характеристики функционального состояния организма занимающегося.

Результаты функциональных проб оцениваются в сопоставлении с другими данными врачебного контроля. Нередко неблагоприятные реакции на нагрузку при проведении функциональной пробы являются наиболее ранним признаком ухудшения функционального состояния, связанного с заболеванием, переутомлением, перетренированностью.

Наиболее часто встречающиеся функциональные пробы, используемые в спортивной практике, а также пробы, которые можно использовать при самостоятельных занятиях физической культурой.

20 приседаний за 30 с. Занимающийся отдыхает сидя 3 мин. Затем подсчитывается ЧСС за 15 с с пересчетом на 1 мин. (исходная частота). Далее выполняются 20 глубоких приседаний за 30 с, поднимая руки вперед при каждом приседании, разводя колени в стороны, сохраняя туловище в вертикальном положении. Сразу после приседаний, в положении сидя, вновь подсчитывается ЧСС в течение 15 с с пересчетом на 1 мин. Определяется увеличение ЧСС после приседаний сравнительно с исходной в %. Например, пульс исходный 60 уд./мин., после 20 приседаний 81 уд./мин., поэтому $(81-60) : 60 \times 100 = 35\%$.

Восстановление пульса после нагрузки. Для характеристики восстановительного периода после выполнения 20 приседаний за 30 с подсчитывается ЧСС за 15 с на 3-й мин. восстановления, делается перерасчет на 1 мин. и по величине разности ЧСС до нагрузки и в восстановительном периоде оценивается способность сердечно-сосудистой системы к восстановлению (табл. 6).

Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы наиболее широкое распространение получили гарвардский степ-тест (ГСТ) и тест PWC-170.

Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы

| Тесты | Пол | Оценка | | | | | |
|--|---------|--------|-----|-------|-------|--------|------|
| | | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
| ЧСС после отдыха в полож. сидя, уд./мин. | в покое | ж | <71 | 71-78 | 79-87 | 88-94 | >94 |
| | | м | <66 | 66-73 | 74-82 | 83-89 | >89 |
| 20 приседаний за 30 с*, % | | ж | <36 | 36-55 | 56-75 | 76-95 | >95 |
| Восстановление пульса после нагрузки**, уд./мин. | после | ж | <2 | 2-4 | 5-7 | 8-10 | >10 |
| | | м | | | | | |
| Проба задержку дыхания (проба Штанге) | на | ж | >74 | 74-60 | 59-50 | 49-40 | <40 |
| | | м | | | | | |
| ЧСС×А _д макс/100 | | ж | <70 | 70-84 | 85-94 | 95-110 | >110 |
| | | м | | | | | |

Примечание. * Методика проведения функциональной пробы 20 приседаний за 30 с. Занимающийся отдыхает сидя 3 мин., затем подсчитывается ЧСС за 15 с с перерасчетом на 1 мин. (исходная частота).

Далее выполняются 20 глубоких приседаний за 30 с, поднимая руки вперед при каждом приседании, разводя колени в стороны, сохраняя туловище в вертикальном положении. Сразу же после приседаний студент садится и у него подсчитывается ЧСС в течение 15 с с перерасчетом на 1 мин. Определяется увеличение ЧСС после приседания по сравнению с исходной, в %.

Например, ЧСС исходная – 60 уд/мин, после 20 приседаний – 81 уд/мин, поэтому $(81 - 60) : 60 \times 100 = 35\%$.

* * Для характеристики восстановительного периода после выполнения 20 приседаний за 30 с подсчитывается ЧСС за 15 с на 3-й мин. восстановления, делается перерасчет на 1 мин. и по величине разности ЧСС до нагрузки и в восстановительном периоде оценивается способность сердечно-сосудистой системы к восстановлению.

Проведение (ГСТ) заключается в восхождении и спуске со ступеньки стандартной величины в определенном темпе в течение определенного времени. ГСТ заключается в подъемах на ступеньку высотой 50 см для мужчин и 41 см для женщин в течение 5 мин. в темпе 30 подъемов/мин.

Если исследуемый не может поддерживать заданный темп в течение указанного времени, то работу можно прекратить, зафиксировать ее продолжительность и частоту сердечных сокращений в течение 30 с 2-й мин. восстановления.

По продолжительности выполненной работы и по количеству ударов пульса вычисляют индекс гарвардского степ-теста (ИГСТ):

$$\text{ИГСТ} = \frac{\text{Продолжительность работы (с)}}{3,5 \times \text{число ударов пульса (с)}} \times 100\%$$

Более точно можно рассчитать ИГСТ, если пульс считать 3 раза: в первые 30 с 2, 3, 4-й мин. восстановления, тогда

$$\text{ИГСТ} = \frac{t}{2(f_1 + f_2 + f_3)} \times 100\%$$

где t – время восхождения в с; f_1, f_2, f_3 – ЧСС за первые 30 с 2, 3, 4-й мин. восстановления.

Оценка уровня физической работоспособности по ИГСТ осуществляется с использованием данных, приведенных в табл. 7.

Таблица 7

Значение уровня физической работоспособности по ИГСТ

| ИГСТ | Оценка работоспособности |
|------------|--------------------------|
| 55 и менее | Слабая |
| 55–64 | Ниже средней |
| 65–79 | Средняя |
| 80–89 | Хорошая |
| 90 и более | Отличная |

Принцип оценки в тесте PWC-170 основан на линейной зависимости между ЧСС и мощностью выполняемой работы, а занимающийся выполняет 2 относительно небольшие нагрузки на велоэргометре или в степ-тесте (методика проведения теста PWC-170 не приводится, так как он достаточно сложен и требует специальных знаний, подготовки, оборудования).

Ортостатическая проба. Занимающийся лежит на спине и у него определяют ЧСС (до получения стабильных цифр). После этого исследуемый спокойно встает и вновь измеряется ЧСС. В норме при переходе из положения лежа в положение стоя отмечается учащение пульса на 10–12 уд./мин. Считается, что учащение его более 20 уд./мин. – неудовлетворительная реакция, что указывает на недостаточную нервную регуляцию сердечно-сосудистой системы.

При выполнении физических нагрузок резко увеличивается потребление кислорода работающими мышцами, мозгом, в связи с чем возрастает функция органов дыхания. Физическая нагрузка увеличивает размеры грудной клетки, ее подвижность, повышает частоту и глубину дыхания, поэтому оценить развитие органов дыхания можно по показателю экскурсии грудной клетки (ЭКГ).

ЭКГ оценивается по увеличению окружности грудной клетки (ОКГ) при максимальном вдохе после глубокого выдоха. Например, ОКГ в спокойном состоянии 80 см, при максимальном вдохе – 85 см, после глубокого выдоха – 77 см. $ЭКГ = (85 - 77) : 80 \times 100 = 10\%$. Оценки: “5” – (15% и более), “4” – (14–12)%, “3” – (11–9)%, “2” – (8–6)% и “1” – (5% и менее).

Важным показателем функции дыхания является жизненная емкость легких (ЖЕЛ). Величина ЖЕЛ зависит от пола, возраста, размеров тела и физической подготовленности.

Для того чтобы дать оценку фактической ЖЕЛ, ее сравнивают с величиной должной ЖЕЛ, т.е. той, которая должна быть у данного человека.

Для определения должной ЖЕЛ может быть рекомендовано уравнение Людвиг:

$$\text{ЖЕЛ} = \frac{\text{фактическая ЖЕЛ}}{\text{должная ЖЕЛ}} \times 100\%$$

Мужчины:

$$\text{ЖЕЛ} = (40 \times \text{рост в см}) + (30 \times \text{вес в кг}) - 4400,$$

женщины:

$$\text{ЖЕЛ} = (40 \times \text{рост в см}) + (10 \times \text{вес в кг}) - 3800.$$

У хорошо подготовленных людей фактическая ЖЕЛ колеблется в среднем от 4000 до 6000 мл и зависит от двигательной направленности.

Есть довольно простой способ контроля “с помощью дыхания” – так называемая проба Штанге. Сделать 2–3 глубоких вдоха и выдоха, а затем, сделав полный вдох, задержать дыхание. Отмечается время от момента задержки дыхания до начала следующего вдоха. По мере тренированности время задержки дыхания увеличивается. Хорошо подготовленные студенты задерживают дыхание на 60–100 с.

Самоконтроль – это самостоятельное наблюдение за состоянием своего здоровья, физическим развитием, функциональным состоянием организма, физической подготовленностью и их изменениями под влиянием занятий физическими упражнениями и спортом.

Самоконтроль является существенным дополнением к врачебному и педагогическому контролю, но ни в коем случае их не заменяет. Самоконтроль может носить врачебный или педагогический характер, а может включать в себя и то, и другое. Данные самоконтроля оказывают большую помощь преподавателю в регулировании физической нагрузки, а врачу – своевременно сигнализируют об отклонениях в состоянии здоровья.

К субъективным показателям самоконтроля относятся: самочувствие, настроение, наличие или отсутствие болевых или других неприятных ощущений, сон, аппетит, отношение к занятиям и др.

К объективным показателям самоконтроля относятся частота пульса, вес, сила мышц, жизненная емкость легких, спортивные результаты и др.

Наиболее удобная форма самоконтроля – это ведение дневника, содержание и построение которого может быть различным. Он включает как субъективные, так и объективные показатели самоконтроля. При занятиях физической культурой по учебной программе, а также при самостоятельных занятиях можно ограничиться такими показателями, как самочувствие, сон, аппетит, болевые ощущения, пульс, вес, тренировочные нагрузки, нарушение режима, спортивные результаты.

Самочувствие является субъективной оценкой состояния организма, отмечается хорошее, удовлетворительное и плохое. При плохом самочувствии фиксируется характер необычных ощущений.

Сон. В дневнике отмечается продолжительность и глубина сна, его нарушения (трудное засыпание, беспокойный сон, бессонница, недосыпание и др.).

Аппетит отмечается хороший, пониженный, чрезмерный. Различные отклонения в состоянии здоровья быстро отражаются на аппетите, поэтому его существенные изменения, как правило, являются результатом переутомления, заболевания или несоблюдения правил культуры питания.

Пульс – важный показатель состояния организма. Обычно на учебных занятиях по физической культуре частота пульса при средней нагрузке достигает 130–150 уд./мин. На спортивных тренировках, при значительных физических нагрузках частота пульса доходит до 180–200 уд./мин. и более. После большой физической нагрузки пульс приходит к исходным величинам через 20–30, иногда через 40–50 мин.

Если в указанное время после учебно-тренировочного занятия пульс не возвращается к исходным величинам, это свидетельствует о наступлении большого утомления в связи с недостаточной физической подготовленностью или наличием каких-то отклонений в состоянии организма.

Для оценки деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной системы можно применять различные функциональные пробы, а их результаты записывать в дневник самоконтроля.

Вес тела рекомендуется определять утром натощак, в одном и том же костюме. В первом периоде тренировки вес обычно снижается, затем стабилизируется и в

дальнейшем за счет прироста мышечной массы несколько увеличивается. При резком снижении веса следует обратиться к врачу.

Нагрузки основной части занятия и нарушение режима вместе с другими показателями дают возможность объяснить различные отклонения в состоянии организма.

Особое значение имеет самоконтроль для лиц, имеющих ослабленное здоровье и занимающихся в специальном учебном отделении. Самоконтроль в значительной мере помогает их рациональному физическому воспитанию, способствует эффективному использованию средств физической культуры для укрепления их здоровья, борьбы с имеющимися отклонениями и заболеваниями, повышения физической и общей работоспособности.

Самоконтроль помогает занимающемуся физическими упражнениями и спортом лучше познать самого себя, приучает следить за собственным здоровьем, прививает грамотное и осмысленное отношение к занятиям физической культурой.

..

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 27
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(4 семестр)

М-11. ТЕМА 11.11. Особенности врачебного контроля инвалидов различных категорий

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Цель и задачи врачебного контроля у инвалидов различных категорий при занятиях адаптивной физической культурой.
2. Оценка состояния функциональных систем организма с использованием нагрузочных тестов.
3. Дифференцированный подход к выбору методик функциональных исследований у лиц с нарушениями деятельности различных органов и систем.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Цель и задачи врачебного контроля у инвалидов различных категорий при занятиях адаптивной физической культурой.

Цели и задачи врачебного контроля весьма разнообразны. Они определяются причиной, вызвавшей наступление инвалидности и лимитирующей двигательные возможности человека, степенью нарушения двигательных возможностей, необходимостью оценки общего физического состояния, функциональных возможностей организма и т.д.

Важной специфической задачей является оценка влияния инвалидизирующих факторов на состояние организма, а также динамики показателей жизнедеятельности под влиянием систематических занятий физической культурой. Не менее значимым является определение показаний, ограничений и противопоказаний к физическим нагрузкам.

Проведение функционального контроля находится в неразрывной связи с изучением морфофункциональных, патофизиологических перестроек, вторичных изменений и влияния других осложняющих факторов, развивающихся в организме человека вследствие тяжелой травмы или заболевания. Игнорирование этих важных аспектов, их недостаточный учет могут стать причиной серьезных осложнений, нарушения компенсаций, недопустимого напряжения организма.

Жизнедеятельность каждого человека, независимо от пола, возраста, профессии, характеризуется морфологическими и функциональными свойствами и качествами, которые передаются по наследству (генотип), а также приобретенными после рождения в определенных условиях

индивидуального развития (фенотип). Суммарное проявление этих свойств и качеств в виде возрастных особенностей нервно-психической сферы, физической силы и выносливости, определяющееся сочетанием морфологических и функциональных признаков принято называть физическим развитием человека. Однако надо отметить, что не всегда физическое развитие характеризует состояние здоровья.

2. Оценка состояния функциональных систем организма с использованием нагрузочных тестов.

Основное значение в функциональных исследованиях отводится изучению кардиореспираторной системы как основному лимитирующему звену в системе транспорта кислорода при мышечной работе. В частности, основным лимитирующим фактором является производительность сердца, поскольку величина сердечного выброса главный детерминатор транспорта кислорода при физической нагрузке. Производительность сердца может рассматриваться как некоторый интегральный показатель, характеризующий транспортные возможности кардиореспираторной системы в отношении газов крови.

Для исследования системы кровообращения используются электрокардиография, фонокардиография, поликардиография, вариационная пульсометрия, эхо кардиография, для исследования функции внешнего дыхания спирография, пневмотахометрия и др. Не останавливаясь подробно на описании методов, все же необходимо дать краткую характеристику их принципов и возможностей.

Электрокардиография (ЭКГ) Электрокардиография (ЭКГ). Метод исследования электрической активности миокарда позволяет оценить функцию автоматизма, возбудимости и проводимости. Электрокардиограмма обычно регистрируется в 12 отведениях: трех стандартных, трех усиления однополюсных и шести грудных отведениях, а также в трех отведениях по Небу.

Морфологический анализ ЭКГ дает ценную информацию о характере электрических процессов в миокарде. Как известно, морфологический анализ позволяет изучить процессы деполяризации предсердий, а также деполяризации и реполяризации желудочков. Кроме этого имеется возможность проанализировать ритм сердца.

Фонокардиография (ФКГ) Фонокардиография (ФКГ). Метод графической регистрации тонов и шумов, возникающих в работающем сердце, позволяет уточнить и дополнить данные аускультации сердца, обеспечивая возможность объективизации звуковой симптоматики, точной диагностики шумов, т.е. определить их форму, амплитуду, частотную характеристику, расщепление и т.д. Как правило, ФКГ применяется в сочетании с другими методами исследования,

Поликардиография (ПКГ) Поликардиография (ПКГ). Метод исследования деятельности сердца, включающий синхронную регистрацию ЭКГ, ФКГ и сфигмограммы сонной артерии, позволяет оценить фазовую

структуру сердечного цикла. Фазовый анализ сердечного цикла получил широкое распространение в клинической и спортивной кардиологии.

Выделены основные фазы сердечного цикла, предложены нормативы их длительности, определены основные фазовые синдромы, встречающиеся в норме у лиц, не занимающихся спортивной деятельностью, тренированных спортсменов, а также при некоторых патологических состояниях. Использование при поликардиографическом исследовании сфигмограммы сонной артерии позволяет более точно рассчитать фазы систолы левого желудочка и проводить анализ диастолы.

Вариационная пульсография (ВПГ) Вариационная пульсография (ВПГ). Сущность метода, предложенного В.В. Париним и Р.М. Басвским (1967), основывается на волновой структуре ритма сердца и состоит в анализе распределения значений кардиоинтервалов, последовательный ряд которых рассматривается как случайный стационарный процесс. Использование этого метода дает возможность оценить вегетативную регуляцию ритма, выявить преобладание симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

Импедансография (ИГ). Метод исследования общего и периферического кровообращения основан на регистрации колебаний полного электрического сопротивления тканей, связанных с изменениями их кровенаполнения. Поскольку изменения кровенаполнения происходят постепенно и синхронно с сердечными сокращениями, электрическое сопротивление тканей также изменяется синхронно с сердечной деятельностью. Применение тока малой силы и высокой частоты (так называемый зондирующий ток) позволяет зарегистрировать изменения сопротивления - импеданс тканей. Импеданс, т.е. общее сопротивление, складывается из омического сопротивления жидких сред и емкостного сопротивления кожи.

Эхокардиография (ЭхоКГ) Эхокардиография (ЭхоКГ). Метод ультразвуковой диагностики сердца основан на свойстве ультразвука отражаться от границ структур с различной акустической плотностью. Отраженный звук воспринимается, усиливается и после преобразования его в электрический сигнал подается на регистратор.

Благодаря тому, что миокард и кровь в полостях сердца имеют различную акустическую плотность, на эхокардиограмме удается получить изображение внутренних структур работающего сердца сокращающегося миокарда, створок клапанов и т.д. Таким образом, открывается возможность морфометрии сердца и весьма точной оценки показателей центральной гемодинамики.

Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) Ультразвуковая доплерография (УЗДГ). Метод ультразвуковой диагностики, используемый в основном для изучения сосудистого кровотока. Метод основан на физическом феномене, открытом австрийским физиком И.Х. Доплером в 1843 г., сущность которого заключается в том, что частота ультразвука, посылаемого специальным датчиком, изменяется пропорционально линейной скорости кровотока, а отраженный ультразвук воспринимается тем же датчиком.

Этот метод исследования также может использоваться в кардиологической практике для оценки временных и скоростных показателей, характеризующих трансальвулярные потоки крови, а также состояние миокарда и прежде всего его диастолической функции (Э.В. Земцовский, 1995).

Практически все перечисленные методы исследования в той или иной мере используются для изучения аппарата кровообращения у инвалидов. Выбор методов определяется целью и задачами исследования. В большинстве случаев функциональные исследования выполняются в связи с оценкой изменений, развивающихся в организме при той или иной патологии опорно-двигательной системы, в связи с оценкой переносимости нагрузок при передвижении с использованием различных ортопедических изделий, в связи с протезированием инвалидов, перенесших ампутации конечностей и т.д.

3. Дифференцированный подход к выбору методик функциональных исследований у лиц с нарушениями деятельности различных органов и систем.

Значительно реже функциональные исследования инвалидов выполняются в связи с решением проблем врачебного контроля, что, несомненно, затрудняет объективный подход к подбору оптимальных двигательных режимов, допустимых нагрузок и т.д.

Функциональный контроль после ампутации конечностей Ампутация одной или обеих нижних конечностей не проходит бесследно для организма. Ампутация одной или обеих нижних конечностей не проходит бесследно для организма. Ее следствием является нарушение двигательного стереотипа, функции опоры, ходьбы, самообслуживания, лишение человека трудоспособности. Ее следствием является нарушение двигательного стереотипа, функции опоры, ходьбы, самообслуживания, лишение человека трудоспособности. Не только обширные по объему ампутации, сопровождающиеся потерей массы тела свыше 20-25%, но и менее значительные, с потерей массы тела в пределах 5-10%, не проходят бесследно, в том числе для аппарата кровообращения. Не только обширные по объему ампутации, сопровождающиеся потерей массы тела свыше 20-25%, но и менее значительные, с потерей массы тела в пределах 5-10%, не проходят бесследно, в том числе для аппарата кровообращения.

Основные причины отклонений видятся в уменьшении массы тела, сосудистого русла и ограничении двигательной активности. Функциональные исследования системы кровообращения у инвалидов, не пользующихся протезами нижних конечностей, свидетельствуют о существенной перестройке центральной гемодинамики. В первую очередь это касается объемных величин системного кровотока.

Степень уменьшения ударного и минутного объемов кровообращения (МОК), объема циркулирующей крови (ОЦК) находится в прямой зависимости от уровня ампутации. Снижение объема циркулирующей крови колеблется от 7,0% у инвалидов после ампутации на уровне голени до 19,3%

у инвалидов, перенесших ампутации обеих нижних конечностей на уровне бедер или бедра и голени. Снижение минутного объема кровообращения носит более выраженный характер, его уменьшение по сравнению со здоровыми людьми аналогичного возраста колеблется от 20,5 до 33,3% соответственно.

Таким образом, имеется пропорциональное уменьшение ОЦК и МОК, что может рассматриваться как проявление адаптации системы кровообращения к уменьшению сосудистого русла. Вместе с этим важно отметить, что индексированные показатели -ударный и сердечный индексы, рассчитанные по отношению к редуцированной площади поверхности тела - остаются в пределах нормы. Это свидетельствует о том, что уровень кровоснабжения органов и тканей не претерпевает существенных изменений. Наряду с изменением объемных величин системного кровотока происходит перестройка кардиодинамики.

Приведенные данные позволяют сделать важный вывод, имеющий непосредственное отношение к задачам врачебного контроля. При оценке гемодинамических сдвигов, развивающихся после ампутации конечностей, целесообразно пользоваться не столько абсолютными значениями исследуемых показателей, сколько индексированными (относительными) величинами, рассчитанными по отношению к редуцированной площади поверхности тела или массе тела. Такой подход позволит более точно оценить полученные результаты и избежать ошибок при их оценке.

Снижаются показатели, характеризующие сократительную способность миокарда, степень изменения которых также находится в прямой зависимости от величины ампутационного дефекта. Однако эти величины, рассчитанные по отношению к редуцированной площади поверхности тела, также остаются в пределах нормы.

У 70% инвалидов выявляется изменение фазовой структуры систолы левого желудочка в виде фазового синдрома гиподинамии. Однако при физической нагрузке явления гиподинамии миокарда нивелируются, что отражает регулируемый характер гиподинамии. Гиподинамия миокарда может рассматриваться как приспособительная реакция сердца к сниженному венозному возврату и уменьшенному систолическому выбросу.

Эхокардиография При эхокардиографическом исследовании внутренних полостей сердца, в частности левого желудочка, выявляется закономерное уменьшение его конечного систолического объема (КСО) и конечного диастолического объема (КДО). Изменение объемов левого желудочка не сопровождается изменением массы миокарда.

Таким образом, уменьшение сосудистого русла сопровождается гемодинамическими сдвигами и изменением важнейших показателей, характеризующих состояние кровообращения. Происходит закономерное уменьшение объемных величин, снижается сократимость миокарда, и кровообращение стабилизируется на новом физиологическом уровне, адекватном энергетическим потребностям организма, что подтверждается нормальными значениями относительных (индексированных) показателей и отсутствием каких-либо признаков недостаточности кровообращения.

Помимо этого у инвалидов с дефектами обеих нижних конечностей определяется повышение периферического сопротивления, которое, как известно, на 90% определяется проходимость прекапиллярного русла. Вместе с этим отмечается увеличение диастолического артериального давления, что в целом отражает повышение сосудистого тонуса.

У инвалидов, длительное время пользующихся протезами нижних конечностей, выявляется более интенсивный уровень кровообращения в состоянии покоя. Индексированные показатели значительно превышают (в 1,52 раза) нормальные величины, т.е. отмечается «избыточный» объемный кровоток. Это объясняется постоянной специфической нагрузкой, связанной с ходьбой. Устойчивая гиперциркуляция, очевидно, является следствием повышения тонуса симпатoadренальной системы. Устойчивая адаптация системы кровообращения к специфической нагрузке, связанной с ходьбой па протезах, наблюдается только у лиц молодого и среднего возраста.

Одним из наиболее изменяющихся показателей сердечнососудистой системы является ударный объем крови, который и зависимости от величины ампутационного дефекта уменьшается на 20-35%. Значительное уменьшение количества крови, выбрасываемой в аорту во время систолы, должно приводить к артериальной гипотензии вследствие недостаточного наполнения так называемой компрессионной камеры, включающей аорту и крупные магистральные сосуды. Однако исследования инвалидов молодого возраста, длительно пользовавшихся протезными изделиями (в среднем 6,5 года), свидетельствуют об отсутствии гипотензии и, наоборот, о повышении диастолического и уменьшении пульсового давления.

Хорошо известно, что снижение двигательной активности может приводить к нарушениям коагуляционных свойств крови вследствие усиления агрегации эритроцитов. Вместе с этим у инвалидов, особенно в период первичного протезирования, выявляется выраженная стрессорная реакция, которая проявляется мобилизацией системного кровотока и гормональными сдвигами. Одновременно стресс является мощным стимулятором активации системы свертывания крови. Таким образом, имеется несколько одновременно действующих факторов, вызывающих изменения гемореологии.

После ампутации нижних конечностей возникают нарушения липидного спектра, близкие к классической атерогенной схеме. Наиболее типична гипертриглицеридемия с ростом уровня триглицеридов на 40-50% выше среднепопуляционных данных.

Другим независимым фактором является снижение холестерина в антиатерогенных липидах высокой плотности; нарушения липидтранспортной системы появляются вне зависимости от возраста и причин ампутации, в том числе и в возрасте моложе 20 лет; структура нарушений липидного обмена после ампутации сосудистого генеза нарушается в наибольшей степени и вполне сравнима с нарушениями при клинически выраженном коронаросклерозе. Итак, оценка и коррекция липидного обмена должны являться обязательными составными частями

реабилитационных программ для инвалидов после ампутации нижних конечностей.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.

2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.

3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.

4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.

5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева . - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.

6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-

педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.

5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ. культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 28
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(5 семестр)

М-12. ТЕМА 12.1. Виды научных работ. Формы их представления

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Основные виды научных и методических работ и их характеристики – рефераты, контрольные работы, курсовые работы, дипломные работы.
2. Основные виды научных и методических работ и их характеристики – диссертации, монографии, книги научные и научно-популярные, научные статьи, тезисы, программы.
3. Основные виды научных и методических работ и их характеристики – учебники, учебные пособия, методические рекомендации.
4. Основные виды научных и методических работ и их характеристики – электронное издание.
5. Основные формы научной и методической работы – устные сообщения, письменные работы и опубликованные в печати.
6. Требования к их оформлению.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

В научной работе выделяют *фундаментальные* и *прикладные исследования*. Фундаментальные научные исследования проводят главным образом научно-исследовательские институты физической культуры и научно-исследовательские лаборатории университетов, академий физической культуры, государственных и педагогических университетов. Как правило, в разработке таких тем участвуют коллективы, руководимые известными в своей области учеными. Методическую работу проводят применительно к определенному виду профессиональной деятельности, например дошкольное, школьное и вузовское физическое воспитание, юношеский и достиженческий спорт, оздоровительные формы физической культуры, профессиональное физкультурное образование.

Формы представления результатов научно-методической деятельности достаточно разнообразны, по характеру, содержанию, объему, оформлению и т.д. отражают многообразие самой научно-методической деятельности. Основные формы, в которых авторы (студенты и профессорско-преподавательский состав) могут довести до сведения других содержание своей научной или методической работы, – устные сообщения, письменные работы и опубликование в печати.

Реферат. С этого вида работы обычно начинается знакомство студента – начинающего исследователя с научно-методической работой. В реферате в сокращенном виде излагается содержание научной работы, какой-либо книги (краткий обзор содержания нескольких книг). Первоначальный смысл рефератов представлял собой результат реферирования одной или нескольких книг по теме, на основании таких материалов составляются реферативные сборники, например Институт научной информации по общественным и гуманитарным наукам РАН. В вузах в реферате обычно требуется кратко раскрыть какую-либо тему.

Выделяют два вида рефератов – *литературный* (обзорный) и *методический*. Первый предполагает анализ литературных данных по определенной теме, попытку систематизировать материал и выразить свое отношение к нему. Второй направлен на характеристику цели и задач исследования, методов для их решения, попытку сделать заключение (выводы) по результатам анализа. Материал рефератов может быть использован в курсовой, дипломной работе.

Объем реферата зависит от содержания реферируемого документа. В заглавии реферата отражается название реферируемой работы. Обычно в реферате не требуется титульного листа, подразделения текста, оглавления, но некоторые вузы вводят более высокие требования и к этому виду работы.

Доклад. По своему характеру доклад представляет собой запись устного сообщения по какой-либо теме. Большое распространение в последние годы получили *тезисы* докладов на научно-практическую конференцию. Тезисы – краткое изложение основных положений доклада, фрагмента диссертации. Объем тезисов – 1–2 с, доклада – 5–10 с. Устное сообщение содержит задачи, методы исследования, обоснование новых фактов, выводы, практические предложения. На доклад отводится 10–25 мин, поэтому он должен быть предельно насыщен полезной информацией, без нежелательных отступлений. Примером могут служить доклады по защите выпускных квалификационных работ. В процессе доклада возможна демонстрация иллюстративного материала. В практике существуют доклады по содержанию диссертаций с целью апробации своей работы. Рефераты и доклады в вузах выступают также в качестве зачетных работ, от их качества зависит получение студентом зачета.

Контрольная работа. Контрольная работа в вузе носит преимущественно зачетный характер, это своего рода письменный экзамен. Оценка за контрольную влияет на зачет (иногда на экзамен). Контрольная работа состоит из ответов на ряд вопросов, решения задач. Этот вид работы требует проявления студентом самостоятельности, особенно если контрольная выполняется непосредственно на семинарском занятии.

Курсовая работа. Это более сложный по сравнению с контрольной вид работы, требующий проявления творчества. Тему студент выбирает из кафедрального перечня или предлагает свою, соответственно обосновав это. Курсовая работа выполняется под руководством преподавателя. Ее объем – 20–40 с. машинописного текста. Обязательны анализ литературных данных и изучения опыта работы в соответствии с темой, результаты педагогического

наблюдения, эксперимента, обработанные соответствующими методами. Оформляется курсовая работа по типу дипломной: титульный лист, оглавление, выделение глав и разделов, выводы и предложения, список литературы. Чтобы подготовка курсовой была более плодотворной, целесообразно увязать тему и содержание с будущей выпускной квалификационной (для дипломированного специалиста – дипломной) работой. Одобренная преподавателем – руководителем курсовой, работа представляется на защиту. Процедура защиты происходит в присутствии специальной комиссии, автор курсовой делает доклад, отвечает на вопросы, и комиссия на своем заседании выносит оценку, в которой учитываются содержание работы и качество защиты. Таким образом, курсовая работа по основным признакам отражает содержание подготовки дипломной работы.

Дипломная работа. Многие годы дипломная работа в системе профессионального физкультурного образования была делом добровольным: студент готовил ее по своему желанию, и она заменяла все госэкзамены. В соответствии с государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования все без исключения дипломированные специалисты готовят и защищают дипломную работу. Дипломная работа по своему характеру глубже курсовой, но проще диссертационной на соискание ученой степени кандидата наук. По дипломной работе утверждается научный руководитель.

Объем дипломной работы – от 40 до 80 с. машинописного текста, набранного через два интервала. Работа имеет титульный лист, оглавление, четкое разделение по главам и разделам, выводы, практические рекомендации, приложения, список литературы. Как правило, включает таблицы, иллюстрации. Составляется план работы, план-проспект, который согласовывается с научным руководителем, определяются методы и организация исследования; по истечении срока работы фактический материал представляется научному руководителю. На консультациях анализируется ход работы, вносятся коррективы. После завершения работы текстовый материал представляется на заключение научному руководителю, после чего в напечатанном виде дипломная работа представляется на кафедру, и после рецензирования проводится процедура защиты. Доклад продолжительностью не более 15 мин должен содержать основные положения, желательно их проиллюстрировать. После доклада члены комиссии задают вопросы, качество ответов влияет на оценку защиты. Один экземпляр работы поступает в архив кафедры, где и хранится.

Магистерская диссертация. Как вид выпускной квалификационной работы она для магистра – то же, что и дипломная работа для дипломированного специалиста. Принципиальные подходы к характеру этих работ схожи, особенности требований отражены в соответствующих государственных образовательных стандартах и положениях о названных видах работ, которые разрабатывает каждый вуз.

Кандидатская и докторская диссертации. Диссертация (от лат. *dissertatio* – рассуждение, исследование) – квалификационный научный труд,

подготовленный для публичной защиты и получения ученой степени кандидата или доктора наук. Диссертация может представлять собой специально подготовленную рукопись, может быть выполнена в виде научного доклада, опубликованных монографии или учебника.

Диссертация должна быть написана единолично, содержать новые научные результаты и положения, выдвигаемые автором для публичной защиты, которые свидетельствуют о личном вкладе автора в науку.

В диссертации, имеющей прикладное значение, должны приводиться сведения о практическом использовании полученных автором научных результатов, а в диссертации, имеющей теоретическое значение, рекомендации по использованию научных выводов.

Автореферат диссертации. Автореферат по существу представляет собой реферирование автором своей же диссертации. Объем автореферата кандидатской диссертации – 1 авторский лист (40 тыс. печатных знаков), докторской – 2 листа (80 тыс. печатных знаков). Для авторефератов диссертаций по гуманитарным наукам допускает увеличение объема на 0,5 авторского листа. Автореферат выполняет следующие функции: информационную (информирует читателя о содержании диссертации; о разработанных автором методиках); сигнальную (извещение о поступлении автореферата в библиотеку по месту защиты); ознакомительную (источник справочных данных о проведенном исследовании); познавательную.

Автореферат состоит из двух основных частей. Первая – «Общая характеристика работы»: актуальность проблемы, объект, предмет, цель, гипотеза, задачи исследования; методологическая база исследования и методы, которые в нем применялись; новизна и практическая значимость работы; положения, выносимые на защиту; структура диссертации. Вторая – «Основное содержание работы»: представление материала, обосновывающего достоверность полученных данных, ответы на поставленные задачи, выводы и практические рекомендации. В конце представляются публикации автора диссертации, в которых отражаются основные положения диссертационного исследования.

Монография. Название происходит от греч. *monos* – один, единый, единственный + греч. *grapho* пишу. Это научный труд, углубленно разрабатывающий одну тему, ограниченный круг вопросов. Монография представляет собой книгу, в которой самими авторами излагаются данные собственных научных исследований. Монография может быть написана одним автором или коллективом авторов. Объем монографии – от 4–5 до 10–15 авторских листов и выше. В монографии детально раскрываются методы и организация исследования, доказательный фактический материал, особенно экспериментальной части исследования, теоретические обобщения и новые положения, выдвигаемые автором (авторами) на основании полученных результатов. В структуре монографии выделяют *введение*, в котором раскрывается актуальность исследования и дается характеристика исследуемой проблемы, *основную часть*, состоящую из нескольких глав (разделов), в которых излагается основное содержание результатов

исследования; *заключение*, в котором подводятся итоги монографического исследования, приводится *список литературы*, *приложение*, в котором помещаются материалы, дополняющие основной текст монографии.

Депонирование научной работы. Депонировать (от лат. *deponire*) – передавать на хранение подлинный текст международного договора. В данном случае речь идет о передаче рукописи на специальное хранение. Депонируются обычно научные разработки (монографии, статьи, тезисы), которые предназначены для узкого круга специалистов и могут быть быстро оформлены как публикация и, что немаловажно, при небольших затратах автора. Подготовленная к депонированию работа направляется в Центр научно-технической информации или ИНИОН. Центр принимает работу, передает ее на хранение в свои библиотеки и дает публикацию в специальных реферативных сборниках или научных журналах о поступлении такой работы и возможности ее востребования для ознакомления с ней любого заинтересованного специалиста. Депонированная работа считается опубликованной только после того, как ее аннотация выйдет в научном журнале или реферативном сборнике.

Книга научная, научно-популярная. Провести четкую грань между научной и научно-популярной книгой сложно. К научным можно отнести монографии и сборники научных трудов, тезисов научных конференций. В научно-популярных изданиях на базе данных научных исследований даются обоснованные рекомендации по проблемам здоровья, физической культуры, спорта. Для примера ниже приводится несколько таких книг.

Человек в мире спорта: Новые идеи, технологии, перспективы: Тезисы докладов международного конгресса: В 2 т. – М., 1988.

Журавлев В.И. Педагогика в системе науки о человеке. – М., 1990.

Амосов Н.И., Бендет Я.А. Физическая активность и сердце. – Киев, 1989.

Фомин Н.А., Вавилов Ю.Н. Биологические основы двигательной активности. – М., 1991.

Чепик В.Д. Физическая культура в социальных процессах. – М., 1995.

Научная статья. Среди видов научных работ статья занимает важное место, в ней обычно излагают наиболее значимые результаты научного исследования. Такие статьи публикуются в научных журналах, сборниках научных трудов. Объем статьи – от 5 до 15 с, структура статьи: название; фамилия автора (авторов); ключевые слова; введение; методика исследования; результаты и их обсуждение; заключение; литература. Такая структура принята, например, в журнале «Теория и практика физической культуры». Обычно организация, издающая сборник или журнал, устанавливает требования по объему, характеру печатания (например, компьютерный вариант), иллюстрациям и т.д. Автор должен подготовить статью строго в соответствии с установленными требованиями. В серии статей автор последовательно излагает полученные результаты, их теоретическое и практическое значение.

Тезисы. Тезис (от греч. *thesis* – положение, утверждение) имеет несколько значений: в логике это положение, истинность которого должна

быть доказана; тезисы – кратко сформулированные основные положения доклада, лекции, сообщения. Этот вид научной работы в последние годы стал распространенным благодаря большому числу проводимых научно-практических конференций и публикаций сборников тезисов докладов для этих конференций. Объем тезисов – 1–2 с. машинописного текста, набранного через 1; 1,5 интервала. В последнее время материалы принимаются в виде для компьютерной публикации: текст набран в Word (не ниже 7), шрифт Times New Roman, стиль шрифта – нормальный, размер шрифта 14. С учетом малого объема тезисов в них должны быть изложены лишь основные данные, отражающие самую суть проведенного исследования и убедительно аргументированные. Не следует перегружать текст цифровым материалом, иллюстрациями.

В деле совершенствования подготовки специалистов вузов на основе стандартов нового поколения учебная литература была и остается одним из ведущих средств информационного обеспечения учебного процесса, когда особо важное значение приобретает самостоятельная работа студентов. Ниже рассматриваются основные виды учебной литературы.

Программа (от греч. *programma* – объявление, предписание) – план намеченной деятельности, работ; учебная программа – краткое систематическое изложение содержания обучения по определенному предмету, круг знаний, умений и навыков, подлежащих усвоению учащимися. Среди видов научно-методических работ большое место занимают учебные программы. Как правило, эти программы основываются на многолетних исследованиях и проверены в процессе практической работы в дошкольных учреждениях, общеобразовательной школе, высших и средних специальных учебных заведениях, в системе подготовки спортивных резервов и высококвалифицированных спортсменов.

Учебник. Учебник – книга для учащихся или студентов, в которой систематически излагается материал по определенной области знаний на современном уровне достижений науки и культуры; *основной и ведущий вид учебной литературы.* В учебнике могут быть использованы результаты научного исследования, кандидатской или докторской диссертации, проверенные в ходе учебного процесса, тренировочной и соревновательной деятельности, в оздоровительной физической культуре.

При создании учебника необходимо определить его роль и место в системе средств подготовки специалистов, цели и задачи обучения и воспитания, учесть требования к этому виду учебной литературы. От этого зависит объем учебника: он может быть от 10 до 30 авторских листов.

Учебник служит основным источником знаний по конкретной учебной дисциплине и предназначен для самостоятельного усвоения этих знаний студентами, ему принадлежит ведущая роль среди других средств, используемых студентами при самостоятельной работе. Очень важно обеспечить мотивацию, интерес к предмету, стимулирующие студента к активной творческой работе. Интересна мысль о том, что знания нельзя передавать, их можно предложить, подсказать, но овладеть ими студент

должен самостоятельно. В учебнике надо раскрыть перспективы развития конкретной науки. Особое значение придается иллюстрациям, как важному средству учебного познания, успешного овладения наукой. Они должны помочь глубже усвоить основные положения учебной дисциплины, повысить интерес к ней. В учебнике следует учесть тенденции использования в учебном процессе и в самостоятельной работе студентов компьютерной техники, в том числе электронного учебника.

Учебное пособие. Учебное пособие как вид учебной литературы посвящается отдельным разделам программы, это могут быть также сборники упражнений, задач, лабораторных практикумов, хрестоматии, учебные словари, альбомы, атласы и др. Учебные пособия призваны содействовать закреплению полученных знаний и формированию умений и навыков в их применении, умению решать конкретные задачи. Учебное пособие может выполнять функции учебника. Это бывает в тех случаях, когда в учебный план вводится новая дисциплина и для ее изучения вначале разрабатывается учебное пособие, а после анализа опыта работы по этому учебному пособию и в случае положительного заключения оно может быть переведено в ранг учебника. Другие виды учебных пособий более детально раскрывают отдельные разделы программы, используя специфический учебный материал. К учебным пособиям в полной мере применимы требования и рекомендации, которые адресованы учебникам.

Методические рекомендации. В связи с многообразием проявления методической деятельности существует много видов методических публикаций: методические рекомендации, методические указания, методические разработки, методические письма. Одни из них подготовлены на основе результатов научного (диссертационного) исследования, другие – на основе обобщения результатов практической деятельности профессорско-преподавательского состава, учителей физической культуры, тренеров юных или квалифицированных спортсменов, медицинских работников, спортивных врачей, федеральных или региональных органов управления образованием, физической культурой, спортом и туризмом. Объем методических рекомендаций – от 2–3 до 20–40 с, в зависимости от характера работы. Это же относится и к структуре рассматриваемых работ. Наиболее полно выделяют *введение*, в котором дается характеристика работы и сказано, для кого она предназначена, *основную часть*, где излагается, например, методика обучения, тренировки, раскрываются средства и методы и т.п.; в *заключении* делаются выводы по существу рассматриваемой темы; *список литературы* включает работы автора методического пособия или других авторов по данной проблеме, теме. При большом объеме работы целесообразно вначале дать оглавление. В спорте широко практикуются методические письма по итогам прошедших соревнований, в которых приводятся спортивные результаты, анализ выступления спортсменов страны, региона, клуба и делаются выводы в отношении тренировочной деятельности и других вопросов, связанных с устранением недостатков и повышением эффективности процесса подготовки спортсменов. Много работ по планированию, организации и проведению

уроков физической культуры в школе, построению тренировки в отдельных видах спорта, проведению тренировочных занятий.

Электронное издание. Оно представляет собой совокупность графической, текстовой, цифровой, речевой, музыкальной, видео-, фото- и другой информации, представленной на любом электронном носителе – магнитном (магнитная лента, магнитный диск и др.), оптическом (CD-ROM, DVD, CD-R, CD-RW), и опубликованной в электронной компьютерной сети.

К учебным электронным изданиям относятся издания, разработанные по заказу Министерства образования РФ, заказам региональных органов управления образованием, а также в инициативном порядке с содержанием, соответствующим полному учебному курсу или отдельным его частям по различным видам учебных работ и учебных дисциплин (лекция, урок, семинар, лабораторные и практические занятия, самостоятельная, домашняя работа, контрольная, тест). Под учебным курсом в данном случае понимаются дисциплины вуза, включенные в утвержденный Минобразованием России Госстандарт, и примерный учебный план. Выделяют следующие виды электронных изданий.

Электронный учебник – основное учебное электронное издание, созданное на высоком научном и методическом уровне, полностью соответствующее федеральной составляющей дисциплины Госстандарта специальностей и направлений, определяемой дидактическими единицами стандарта и программой.

Электронное учебное пособие – издание, частично или полностью заменяющее или дополняющее учебник и официально утвержденное в качестве данного вида издания. К электронным учебным пособиям также относятся издания по отдельным, наиболее важным разделам дисциплин Госстандарта специальностей и направлений, по дисциплинам примерного и рабочего плана, а также сборники упражнений и задач, альбомы карт и схем, атласы конструкций, хрестоматии по дисциплинам примерного и рабочего учебного планов, указания по проведению учебного эксперимента, указания к практикуму, курсовому и дипломному проектированию, справочники, энциклопедии, описание тренажеров и др.

Электронный учебник (учебное пособие) призван не только сохранять все достоинства книги, но в полной мере использовать современные информационные технологии, мультимедийные возможности, предоставляемые компьютером.

К таким возможностям относятся:

- представление педагогических (физических, химических и т.п.) процессов в динамике;
- наглядное представление объектов и процессов, недоступных для непосредственного наблюдения (процессы в микромире, процессы, обладающие очень малыми или очень большими временными характеристиками, и т.п.);
- компьютерное моделирование процессов и объектов, требующих для своего изучения уникальных или дорогостоящих оборудования,

материалов и других средств (моделирование соревнований, новых элементов в гимнастике, эталонов двигательных действий);

- аудиокomentarий автора учебника, ведущих спортсменов, тренеров, судей;
- включение в учебный материал аудио- и видеосюжетов, анимации;
- организация контекстных подсказок, ссылок (гипертекст);
- быстрое проведение сложных статистических, биомеханических и других вычислений с представлением результатов в цифровом или графическом виде;
- оперативный контроль знаний студента при выполнении им упражнений и тестов.

Подготовка электронных учебников (пособий) требует знаний в предметной области и в области современных информационных технологий, поэтому их создание предполагает, как правило, сотрудничество двух специалистов: предметника и программиста; при этом любые знания по информационным технологиям специалиста-предметника чрезвычайно полезны. Основная цель при этом – изучение возможностей современных информационных технологий, обращая особое внимание на аудио- и видеофрагменты, способы визуализации формул, графиков, рисунков, таблиц и пр. Главное здесь – понять, какими средствами лучше передавать знания обучающемуся, а не как их программно реализовать.

Соавторство. Научная или методическая работа может быть выполнена одним автором или авторским коллективом. В соавторстве обычно выполняются крупные работы: монографии, учебники, учебные пособия и большие методические рекомендации, а также тезисы докладов на научно-практическую конференцию, где материал доклада подготовлен на основе данных коллектива исследователей.

Личное участие каждого соавтора отражено в предисловии с указанием главы или раздела, которые он написал, иногда это отмечается в оглавлении (содержании). Если одну главу (раздел) написал не один автор, то приводится доля участия каждого (например, в списке опубликованных им работ): указывается или количество страниц, принадлежащих ему (например: «в соавторстве, авторские 12 с»), или дробь: в числителе – общий объем, в знаменателе – количество страниц, принадлежащих автору, – 24/12). Это особенно важно для диссертантов на стадии подготовки к защите диссертации (при написании автореферата).

Открытие, изобретение, рационализаторское предложение. Результаты научной и методической деятельности могут быть оформлены в виде открытия, изобретения, рационализаторского предложения. Они засчитываются автору как публикация.

Открытие – это установление не известных ранее объективно существующих закономерностей, свойств и явлений материального мира, вносящих коренные изменения в уровень познания.

Изобретение – это новое и обладающее существенными отличиями техническое решение задачи в любой области народного хозяйства, социально-культурного строительства или обороны страны, дающее положительный эффект. Объектом изобретения могут являться новое устройство, способ, вещество, применение известных ранее устройств, способов, веществ по новому назначению. Не признаются изобретениями расписания, правила игры; проекты и схемы планировки сооружений, зданий и территории; методы и системы воспитания, преподавания, обучения.

Автору изобретения по его требованию может быть выдано авторское свидетельство или патент. Авторское свидетельство на изобретение выдается на имя автора и удостоверяет: признание предложения изобретением, приоритет изобретения, авторство на изобретение, исключительное право государства на изобретение. В случае соавторства свидетельство выдается каждому из соавторов с указанием в нем других соавторов. *Патент* удостоверяет: признание предложения изобретением, приоритет изобретения, авторство на изобретение и исключительное право патентообладателя на изобретение.

Дополнительное изобретение – усовершенствование другого изобретения (основного), на которое ранее было выдано авторское свидетельство или имеется действующий патент, без применения основного изобретения не может быть использовано. На дополнительное изобретение может быть получено дополнительное авторское свидетельство или дополнительный патент – в зависимости от основного.

Рационализаторское предложение – это техническое решение, являющееся новым и полезным для конкретного предприятия, организации или учреждения и предусматривающее изменение конструкции изделий, технологии производства и применяемой техники или изменения состава материала. Предложение признается полезным, если его использование позволяет получить экономический, технический или иной положительный эффект. После вынесения решения о признании предложения рационализаторским и о принятии его к использованию автору выдается удостоверение на рационализаторское предложение, которое подтверждает признание положения рационализаторским, дату его подачи и авторство на рационализаторское предложение. В случае соавторства удостоверение выдается каждому из соавторов с указанием в нем других соавторов.

Наблюдается тенденция слияния изобретательства с плановыми научными исследованиями по созданию объектов новой техники в различных областях народного хозяйства и социально-культурного строительства. Это дает основание для заключения о том, что «Изобретательство и рационализация – стержень научно-технического процесса».

Перечисленные виды научных и методических работ позволяют, с одной стороны, обеспечить необходимой информацией все сферы деятельности в области физической культуры, спорта, физического воспитания; с другой – каждый желающий имеет возможность сделать достоянием других результаты своих научных исследований, опыта профессиональной деятельности в

области физической культуры, спорта, физического воспитания в образовательных учреждениях и т.д.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Железняк, Ю.Д. Основы научно-методической деятельности в физической культуре и спорте / Ю.Д. Железняк, П.К. Петров. – М.: Academia, 2008. – 272 с.
2. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Академия, 2003. – 480 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 29
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(5 семестр)

М-12. ТЕМА 12.2. Структура и содержание дипломной работы

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Структура и содержание дипломной работы
2. Структура дипломной работы.
3. Оформление иллюстративного материала, таблиц, необходимых для лучшего восприятия материала дипломной работы.
4. Организация педагогического исследования.
5. Обработка материалов научной и методической деятельности
6. Подготовка и проведение исследовательской части работы.
7. Выбор базы для проведения исследования, определение сроков исследования, контингента исследуемых лиц с учетом возраста, пола, формы инвалидности, уровня физического развития и подготовленности.
8. Составление графика работы с исследуемой группой лиц.
9. Методы качественного и количественного анализа, используемые для оценки результатов педагогического воздействия.
10. Математико-статистическая обработка материалов научной и методической деятельности.
11. Основные методы измерительных шкал.
12. Способы вычисления достоверности различий между двумя независимыми результатами.
13. Определение меры связи между явлениями.
14. Использование информационных технологий в процессе оценки и обработки результатов исследований.

Требования к дипломным работам

Выпускные квалификационные работы выполняются в форме дипломной работы объемом 40–80 стр., напечатанных на машинке или принтере, и представляются в переплетенном виде. Их написание и защита являются обязательной составной завершающей частью итоговой государственной аттестации выпускников на предмет соответствия их подготовки государственному образовательному стандарту. Выпускная квалификационная работа студентов факультетов физической культуры должна представлять собой законченную разработку, имеющую, как правило, *экспериментальный характер*, в которой решается актуальная задача в области физической культуры и спорта по содержанию физического воспитания различных групп населения, по формированию здорового стиля жизни, по спортивной

подготовке в детско-юношеском, массовом спорте, спорте высших достижений. Материалы, содержащие результаты измерений, необходимо обрабатывать методами математической статистики.

В работе выпускник должен показать умение самостоятельно ставить задачи, определять варианты их решения, используя для этого адекватные методы исследования, анализировать полученные данные и обобщать их, делать выводы, оформлять текст работы и иллюстрации к нему.

Дипломная работа должна содержать элемент новизны и выявить общенаучную, специальную подготовленность студента, его эрудицию, исследовательские навыки, умение мыслить и увязывать теоретические знания с практикой. За принятые в дипломной работе решения и за правильность всех данных отвечает студент – автор дипломной работы. Тематика дипломных работ должна быть актуальной, соответствовать современному состоянию и перспективам развития физической культуры и спорта. Она формируется выпускающими кафедрами, рассматривается и утверждается ученым советом факультета и объявляется студентам не менее чем за год до начала аттестации. Как правило, тема дипломной работы является продолжением исследований, проводимых в процессе написания курсовых работ. Студенту предоставляется право выбора темы выпускной квалификационной работы. В то же время он может предложить свою тему с необходимым обоснованием целесообразности ее разработки. Однако возможность самостоятельного выбора темы не означает, что в этом случае можно пренебрегать советами и консультациями опытных преподавателей. Такие консультации весьма полезны и оказывают положительное влияние на окончательный выбор темы.

Закрепление за студентом темы дипломной работы по его личному заявлению после обсуждения на кафедре оформляется приказом ректора по представлению декана факультета перед направлением студента на последнюю практику. Одновременно этим же приказом ректора назначается научный руководитель и при необходимости, по предложению руководителя, консультант по отдельным разделам дипломной работы.

Руководитель дипломной работы в соответствии с темой выдает студенту задание на дипломную работу, оказывает ему помощь в разработке календарного плана на весь период выполнения дипломной работы, рекомендует необходимую основную литературу, справочные и архивные материалы и другие источники по теме; проводит систематические, предусмотренные расписанием беседы и по мере надобности консультирует студента; проверяет выполнение работы (по частям или в целом). Если есть консультант, то он проверяет раздел (часть) работы, по которому им проводились консультации.

Выпускающие кафедры должны разрабатывать и обеспечивать студентов до начала выполнения дипломной работы методическими указаниями, в которых устанавливается обязательный объем требований к дипломной работе применительно к специальности.

Курсовые работы как этап в подготовке дипломных работ

Как уже указывалось выше, выпускная квалификационная работа является обобщением или продолжением ряда ранее подготовленных и защищенных студентом курсовых работ. Но в отличие от дипломной курсовые работы могут быть: **теоретическими** (реферативными), выполненными на основе анализа и обобщения литературных данных по выбранной теме; **эмпирическими**, выполненными на основе изучения и обобщения передового опыта педагогов-новаторов в области физической культуры и спорта; **конструкторскими**, связанными с изобретательской работой студентов и представляющими техническое описание, обоснование и назначение новых конструкций, тренажеров, комплекса наглядных пособий, программ для компьютеров и т.п.; **экспериментальными**, построенными по обоснованной постановке и проведению эксперимента в области физической культуры и спорта. Однако следует отметить, что, независимо от типа, каждая курсовая работа должна содержать анализ литературных источников по выбранной теме. По объему курсовая работа может достигать 25–30 с. рукописного или машинописного текста.

Курсовая работа является одним из важнейших видов учебного процесса и выполняется студентом в соответствии с учебным планом факультета физической культуры в пределах часов, отводимых на изучение дисциплин, по которым предусмотрено выполнение этих работ.

Тематика курсовых работ ежегодно пересматривается и утверждается соответствующей кафедрой одновременно с утверждением графика их выполнения. Студенту предоставляется право выбора темы курсовой работы. Структура курсовой работы должна способствовать раскрытию избранной темы и отдельных ее вопросов. Она аналогична структуре дипломной работы, однако основная часть, в зависимости от типа курсовой работы, может несколько варьироваться. Конкретно об этом смотри в разделе «Структура и содержание курсовых и дипломных работ».

Планирование работы

Весь процесс подготовки курсовой и дипломной работ условно можно представить в следующем виде:

- выбор темы исследования;
- изучение научно-методической литературы;
- определение объекта и предмета исследования;
- определение цели и задач;
- разработка рабочей гипотезы;
- выбор соответствующих методов исследования;
- формулировка названия работы;
- подготовка и проведение исследовательской части работы;
- математико-статистическая обработка результатов исследований;
- обобщение и интерпретация полученных данных;
- формулирование выводов и практических рекомендаций;

- оформление работы;
- защита.

Рассмотрим в этой связи некоторые положения, касающиеся указанных пунктов.

Выбор темы исследования. Выбор темы курсовой или дипломной работы – одна из сложных и наиболее ответственных задач, от правильного решения которой в значительной степени зависит успех работы в целом. Количество тем, требующих разработки, и теоретически, и практически неисчерпаемо. Однако знание некоторых общих положений и рекомендаций может облегчить студенту выбор соответствующей темы. Одним из важнейших критериев правильности ее выбора является актуальность (теоретическая и практическая значимость). Судить об актуальности в каждом конкретном случае можно по тому приложению, какое ее разработка может найти в практике физической культуры и спорта. Признаками актуальности темы могут быть следующие:

- общий интерес со стороны ученых, педагогов и тренеров к проблеме;
- наличие потребности практики обучения, воспитания и тренировки в разработке вопроса на данном этапе;
- необходимость разработки темы в связи с местными климатическими и другими условиями.

На современном этапе весьма актуальны исследования, связанные с оздоровительными, образовательными и воспитательными воздействиями средств физической культуры и спорта, в том числе новых, нетрадиционных физкультурно-спортивных видов на различные по возрасту, полу, уровню образования, образу жизни, учебной, трудовой деятельности категории занимающихся.

Так, например, в исследовании оздоровительной направленности физических упражнений и видов спорта важное значение имеют: совершенствование методики стимулирования естественного созревания функций организма, психики у детей различных возрастных групп, формирование правильной осанки, повышение общей физической подготовленности, неспецифической устойчивости к воздействию внешней среды обитания, лечебные возможности физических упражнений при различных видах заболеваний, продление жизни.

В образовательной направленности средств и методов физического воспитания и спорта большой интерес вызывает методика обогащения занимающихся теоретическими знаниями; обогащение их двигательным, эстетическим, эмоциональным, волевым, нравственным опытом, опытом общения; научение занимающихся познавать самих себя, свои способности, достоинства и недостатки; стимулирование глубоко осознанного и активного отношения к занятиям физическими упражнениями и спортом, к учебе, трудовой деятельности и др. Важное значение имеет изучение физической культуры народов России, ближнего и дальнего зарубежья.

При исследовании воспитательных возможностей средств и методов физической культуры и спорта в научной разработке нуждается методика воспитания личности занимающегося: направленности, положительного отношения к занятиям физической культурой и спортом, к учебе, труду, чувства собственного достоинства, скромности, целеустремленности, настойчивости в достижении поставленной цели, решительности и смелости, привычки заранее обдумывать способ выполнения сложных двигательных действий, приучение к коллективным действиям, взаимовыручке, к ответственности не только за свои действия, но и действия товарищей по команде, группе, к опрятности во внешнем виде, к организованности и дисциплине и т.д.

Особое значение имеет исследование прикладной направленности средств и методов физической культуры и спорта. В научной разработке нуждается методика применения физических упражнений при изучении (оценке) и развитии у занимающихся способностей и тем самым оказание им помощи в овладении школьной учебной программой, спортивным, профессиональным мастерством и боевой подготовкой в процессе службы в армии.

В научной разработке нуждается методика применения средств физической культуры и спорта в целях активного отдыха, восстановления работоспособности после умственных, физических и эмоциональных напряжений, постепенного вхождения в процесс учебной, спортивной и профессиональной деятельности.

Слабо исследованы возможности средств и методов физического воспитания и спорта при занятиях с лицами среднего и пожилого возраста, мужчинами и женщинами. Знания и практический опыт, накопленные по этим вопросам, еще очень мало изучены специалистами, а следовательно, это наследие еще не в полной мере служит людям.

Существует большая необходимость в разработке вопросов, касающихся техники выполнения различных видов упражнений. В перспективе большую помощь здесь могут оказать современные информационные технологии.

В специальном научном обосновании нуждаются организация и методика проведения школьного урока, а именно:

- содержание урока и его отдельных частей, планирование последовательности изучения упражнений с учетом возможностей переноса эффекта (положительного, отрицательного) от овладения одним упражнением на другое – последующее;
- регуляция нагрузки и отдыха в процессе урока с учетом индивидуального предела допустимых нагрузок;
- управление вниманием, памятью на движения, эмоциями и волей в процессе обучения занимающихся новому упражнению и в течение всего урока;
- способы управления занимающимися в ходе урока (команды, распоряжения, просьбы, личный пример учителя, поощрение, порицание,

убеждение, внушение и др.) и особенности их применения в различных ситуациях на уроке с различными категориями занимающихся;

- возможности введения в урок физической культуры теоретического раздела;
- взаимоотношения между учителем и учениками в процессе урока, дифференцированный, индивидуальный и личностный подходы учителя к занимающимся;
- система домашних заданий и их эффективность.

Правильному выбору темы курсовой или дипломной работы, ее успешному выполнению способствует наличие соответствующей материально-технической и экспериментальной базы для проведения исследований. Основу такой базы составляет прежде всего необходимая литература по теме, научно-исследовательская аппаратура, компьютеры, место проведения исследования и соответствующий контингент испытуемых.

При выборе темы необходимо четко представлять ее границы. Для правильно избранной темы характерна не обширность поставленных вопросов, а тщательность и глубина разработки. Более обширная тема для студента может оказаться непосильной, так как требует определенного опыта ведения научно-исследовательской работы и времени. В последние годы большое внимание уделяется комплексности разрабатываемых тематик, коллективности в решении актуальных научных проблем. Такой подход окажется полезным и в подготовке дипломных работ. В этом случае каждый студент может представить в виде дипломной работы определенный раздел исследований, проведенных коллективом.

Определение объекта и предмета исследования. *Объектом педагогической науки, к которой относится и сфера физической культуры и спорта, является учебно-воспитательный процесс, учебно-организационный, управленческий процесс, тренировочный процесс.* Основным объектом научно-педагогического исследования могут быть процессы, развивающиеся в детском саду, школе, ДЮСШ, вузе, физкультурно-оздоровительном комплексе и т.д. Однако объект исследования должен формулироваться не безгранично широко, а так, чтобы можно было проследить круг объективной реальности. Этот круг должен включать в себя *предмет* в качестве важнейшего элемента, который характеризуется в непосредственной взаимосвязи с другими составными частями данного объекта и может быть однозначно понят лишь при сопоставлении с другими сторонами объекта.

Предметом педагогического исследования могут выступать: прогнозирование, совершенствование и развитие учебно-воспитательного процесса и управления общеобразовательной, среднеспециальной и высшей школой; содержание образования; формы и методы педагогической деятельности; диагностика учебно-воспитательного процесса; пути, условия, факторы совершенствования обучения, воспитания, тренировки; характер психолого-педагогических требований и взаимодействий между педагогами и учащимися, тренерами и спортсменами; особенности и тенденции развития спортивно-педагогической науки и практики; педагогических

взаимоотношений. Из сказанного выше следует, что объектом выступает то, что исследуется, а предметом – то, что в этом объекте получает научное объяснение. *Именно предмет исследования определяет тему исследования.*

Приведем несколько примеров:

объект исследования – процесс развития и формирования двигательных координации у учащихся 7 лет общеобразовательной школы, не занимающихся спортом, *предмет* исследования – методика стандартной тренировочной программы для развития координационных способностей у детей младшего школьного возраста (7 лет), *тема* исследования – методика развития координационных способностей детей 7 лет на основе применения стандартной тренировочной программы;

объект исследования – система физического воспитания студентов, *предмет* исследования – процесс формирования мотивационно-ценностного отношения студентов к физической культуре, *тема* исследования – формирование мотивационно-ценностного отношения студентов к физической культуре.

Определение цели и задач исследования. Исходя из названия дипломной (курсовой) работы, ее объекта и предмета, можно приступить к определению цели и задач исследования. Цель формулируется кратко и предельно точно, в смысловом отношении выражая то основное, что намеревается сделать исследователь, к какому конечному результату он стремится. Целью исследований в рамках курсовых и дипломных работ может быть разработка методик и средств обучения, тренировки, воспитания качеств личности, развития (воспитания) физических качеств, форм и методов физического воспитания в различных структурных подразделениях (детский сад, школа, ДЮСШ и т.д.) и возрастных группах, содержания обучения, путей и средств совершенствования управления учебно-тренировочным и воспитательным процессом и т.д.

Например, цель работы, связанной с методикой развития координационных способностей у детей 7 лет на основе применения специально разработанной программы, может выглядеть следующим образом: совершенствование методики развития координационных способностей у детей 7 лет общеобразовательной школы посредством применения стандартной программы.

Определив цель дипломной работы, можно сформулировать задачи, которые необходимо решить в ходе исследовательской работы. Таких задач может быть 2–3. Например, в качестве одной из них может быть задача, связанная с изучением состояния вопроса, другая – с разработкой экспериментальной методики обучения или тренировки и третья – с выявлением эффективности ее применения на практике. Задачи должны быть сформулированы четко и лаконично. Как правило, каждая задача формулируется в виде поручения: «Изучить...», «Разработать...», «Выявить...», «Установить...», «Обосновать...», «Определить...» и т.п.

Выдвижение рабочей гипотезы. Знание предмета исследования позволяет выдвинуть рабочую гипотезу, т.е. предположение о возможных

путях решения поставленных задач, о возможных результатах изучения педагогического явления, может быть, даже о возможных теоретических объяснениях предполагаемых фактов. Гипотеза может быть индуктивной или дедуктивной. Индуктивная гипотеза должна исходить из самих фактов и наблюдений, накопленных ранее, определения связей и зависимостей между ними. Что же касается дедуктивной гипотезы, то она в своей основе уже должна иметь определенные теоретические положения и закономерности и ставить своей целью подтверждение их теми или иными новыми фактами и наблюдениями. В теории и методике физического воспитания на этом этапе развития преобладают исследования с разработкой индуктивных гипотез. Объясняется это, во-первых, многолетним существованием в педагогической практике положений, которые себя оправдывают, но не имеют экспериментального обоснования; во-вторых, отсутствием количественных характеристик подобных общеизвестных положений. Например, всем известно, что обучение гимнастическим упражнениям требует предъявления определенной наглядной информации, но какая информация и на каком этапе наиболее эффективна – остается задачей исследования; в-третьих, большим разнообразием контингента исследуемых (возраст, пол, квалификация) и двигательных действий как предмета обучения, что требует уточнения тех или иных педагогических положений при обучении конкретных людей конкретным двигательным действиям и т.п.

Источниками разработки гипотезы могут быть обобщение педагогического опыта, анализ существующих научных фактов и дальнейшее развитие научных теорий. Любая гипотеза должна рассматриваться как первоначальная канва и отправная точка для исследований, которая может подтвердиться или не подтвердиться. Общим для гипотезы является то, что все они строятся и проверяются на основе большого объема фактического материала.

Например, из проведенных отдельными авторами исследований и практического опыта известно, что младший школьный возраст (7 лет) благоприятен для развития координационных способностей. Педагогические воздействия, направленные на их развитие, дают наибольший эффект, если их целенаправленно применять именно в этом возрасте. Такое предположение может служить общей гипотезой при проведении исследований, связанных с разработкой методик для развития координационных способностей, однако этого будет недостаточно, так как не всегда существует необходимость в выделении гипотезы в целом. В рабочей гипотезе целесообразно выделить те положения, которые могут вызвать сомнения, нуждаются в доказательстве и защите. Поэтому рабочая гипотеза в отдельном случае может выглядеть следующим образом: «Предполагается, что применение стандартной тренировочной программы, основанной на принципах оздоровительной тренировки, позволит качественно повысить уровень координационных способностей детей 7 лет», именно в этом случае проверяется эффективность разработанной исследователем методики.

Выбор методов исследования. Несмотря на то что область физического воспитания и спорта относится к педагогическим наукам, ее развитие во многом зависит от уровня развития таких наук, как педагогика, психология, социология, физиология, биология, математика, информатика и др. В связи с этим в исследованиях, проводимых по физическому воспитанию и спорту, находят широкое применение различные методы научного познания из других областей науки и техники. С одной стороны, это явление можно считать положительным, так как оно дает возможность изучить исследуемые вопросы комплексно, рассмотреть многообразие связей и отношений. С другой – обилие всевозможных методов в какой-то мере затрудняет выбор соответствующих конкретному исследованию.

В данном случае основным ориентиром для выбора методов исследования должны служить его задачи. Именно задачи и вопросы, поставленные перед работой, определяют способы их разрешения, а стало быть, и выбор соответствующих методов исследования. При этом важно подбирать такие методы, которые были бы адекватны своеобразию изучаемых явлений.

Говоря о возможностях применения в области физического воспитания и спорта методов и приемов научного познания из других областей знаний, следует подчеркнуть, что по своему характеру эти исследования определяются не фактом использования тех или иных методов, а задачами учебно-тренировочного процесса. Так, например, в физиологических и психологических исследованиях условия жизни, включая обучение и воспитание, изучаются в целях объяснения физиологических и психологических явлений, в целях раскрытия законов жизнедеятельности, включая и законы психики. В педагогических исследованиях физиологическая и психологическая деятельность изучается в целях раскрытия закономерного характера учебно-воспитательного процесса, в целях объяснения эффективности педагогических воздействий, в целях придания конкретности и достоверности изучаемым педагогическим явлениям. Поэтому при подобной постановке вопроса в любом педагогическом исследовании, в том числе и в области физического воспитания и спорта, ведущими методами являются методы педагогических исследований, а другие методы рассматриваются в качестве подчиненных в решении педагогических закономерностей.

В практике проведения исследований, направленных на решение задач теории и методики физического воспитания, наибольшее распространение получили следующие методы:

1. Анализ научно-методической литературы, документальных и архивных материалов.
2. Педагогическое наблюдение.
3. Беседа, интервью и анкетирование.
4. Контрольные испытания.
5. Хронометрирование.
6. Экспертное оценивание.
7. Педагогический эксперимент.

8. Математико-статистические методы.

Применение основных педагогических методов в исследованиях в области физического воспитания и спорта позволяет использовать в каждом конкретном случае самые разнообразные приемы, способы и методики регистрации и сбора информации (физиологические, психологические, биомеханические, медицинские и др.): от обычного визуального анализа и оценки до применения современных технических устройств и приборов с использованием современных компьютеров и информационных технологий.

Оформление курсовых и дипломных работ

Структура и содержание работ. Каких-либо стандартных требований к структуре курсовых и дипломных работ нет. Однако логика изложения полученных результатов предполагает выделение следующих составных частей и разделов:

1. Титульный лист.
2. Оглавление.
3. Введение.
4. Анализ литературных источников по теме исследования.
5. Организация и методика исследований.
6. Результаты исследований и их обсуждение.
7. Заключение (выводы).
8. Список литературы.
9. Приложения.

В зависимости от типа курсовой работы ее структура может несколько варьироваться.

Теоретическая (реферативная) работа должна иметь титульный лист, оглавление (содержание), введение, текст, написанный по главам, выводы, список использованной литературы, приложения. Во введении отражаются актуальность темы, мотивация ее выбора и задачи исследования. Анализ литературных источников выступает как самостоятельный метод исследования. Так как анализ литературы составляет основное содержание таких работ, то нет необходимости давать специальную главу «Анализ литературных источников по теме исследования». Соответственно задачам исследования весь собранный материал систематизируется и подразделяется на главы и параграфы. В перспективе подобные работы могут составлять главу «Анализ литературных источников по теме исследования» дипломных работ, связанных общей тематикой с курсовыми работами.

Структура и содержание выпускных квалификационных (дипломных) работ должны представлять все основные разделы, связанные с выполнением работ, имеющих экспериментальный характер. Поэтому рассмотрим основные характеристики этих разделов.

Работа начинается с *титульного листа*, на котором указываются министерство, к которому относится вуз, название вуза, факультета и кафедры, на которой выполнена работа, фамилия, имя и отчество студента (полностью),

курс и группа, название работы, вид работы (курсовая или дипломная), данные о научном руководителе, город и год выполнения работы.

Оглавление – это наглядная схема, перечень всех без исключения заголовков работы с указанием страниц и расположенных на полосе так, чтобы можно было судить о соотношении заголовков между собой по значимости (главы, разделы, параграфы). Поэтому содержание пишется ступенчатообразно. Левее располагаются названия глав, которые пишутся прописными буквами, несколько правее – названия разделов и еще правее – подразделов. Названия разделов и подразделов пишутся строчными буквами.

Введение должно быть посвящено обоснованию актуальности темы, ее теоретическому и практическому значению, определению объекта и предмета исследований, цели и задач, выдвижению рабочей гипотезы, перечислению основных методов, применяемых для решения поставленных задач. Его объем может ограничиваться 2–3 с.

В главе *«Анализ литературных источников по теме исследования»* даются теоретические выкладки из анализа научно-методической литературы со ссылками на авторов используемых источников. Объем главы – 10–15 с. Студент должен проанализировать мнения разных авторов, сопоставить их, дать собственную интерпретацию. Из работы должно быть ясно, где студент заимствует положения авторов, а где высказывает собственные суждения.

В главе *«Организация и методика исследований»* описываются условия проведения экспериментальных исследований (где проводились, с каким контингентом, в каких условиях, когда и как осуществлялись измерения и т.п.), методы, использованные в экспериментальной части, методика разработки экспериментальной программы, приборов, тренажеров, наглядных пособий и т.д. При использовании известных методик необходимо делать ссылки на авторов. При разработке собственных методик желательно дать их описание.

В главе *«Результаты исследований и их обсуждение»* представляются данные, полученные в ходе эксперимента, их анализ и обсуждение в соответствии с поставленными задачами, с приведением таблиц, диаграмм, графиков. В тексте автор оперирует только статистическими показателями, полученными в результате обработки цифрового материала. Первичные результаты исследований оформляются в виде протоколов, которые выносятся в приложение.

В *заключении* подводится общий итог работы, делаются определенные выводы, вытекающие из обзора литературы и проведенного эксперимента. Каждый вывод обозначается соответствующим номером и должен отвечать на поставленные в работе задачи. Кроме выводов можно представить *практические рекомендации* по применению упражнений, методике тренировки, тестированию и т.п., полученные в ходе исследований.

Список литературы представляет перечень использованной литературы в алфавитном порядке с полным библиографическим описанием источников и с нумерацией по порядку. При этом в данный список включается только та литература, на которую были сделаны ссылки в тексте работы или выдержки

из которой цитировались. Вначале перечисляется литература на русском языке, затем – на иностранном.

Приложения. В этот раздел включается второстепенный материал, например анкеты, первичные результаты измерений, схемы приборов.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Железняк, Ю.Д. Основы научно-методической деятельности в физической культуре и спорте / Ю.Д. Железняк, П.К. Петров. – М.: Academia, 2008. – 272 с.
2. Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. – М.: Академия, 2003. – 480 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 30
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(5 семестр)

М-13. ТЕМА 13.1. Классификация средств для оснащения сооружений оздоровительного назначения при работе с инвалидами

Время: 4 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Взаимосвязь развития физической культуры и спорта инвалидов и совершенствования материально-технического обеспечения.
2. Группы и подгруппы средств, используемых для оснащения сооружений спортивного, физкультурного назначения с целью обеспечения доступности проведения в них спортивно-оздоровительной работы с инвалидами.
3. Краткая характеристика группы и подгруппы средств для оснащения сооружений спортивного, физкультурного назначения.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Взаимосвязь развития физической культуры и спорта инвалидов и совершенствования материально-технического обеспечения.

Проектирование, строительство и оборудование спортивных зданий и сооружений, в частности, стадионов, спортивных залов, плавательных бассейнов, игровых площадок и т.п. проводится с целью облегчения доступа к ним инвалидов и, главное, осуществления физкультурно-спортивной и рекреационно-оздоровительной деятельности и является одной из составляющих важнейшей проблемы создания жилой среды для инвалидов, их комплексной реабилитации и социализации

2. Группы и подгруппы средств, используемых для оснащения сооружений спортивного, физкультурного назначения с целью обеспечения доступности проведения в них спортивно-оздоровительной работы с инвалидами.

В зависимости от отношения средств, используемых для оснащения сооружений спортивного назначения с целью их адаптации к потребностям инвалидов, непосредственно к их соревновательной деятельности эти средства можно разделить на *две большие группы:*

- Средства для осуществления соревновательной деятельности;
- Средства, обеспечивающие несоревновательную деятельность.

Первая группа средств предназначена для приспособления (адаптации) окружающей инвалида среды к его возможностям для осуществления

собственно соревновательной деятельности в соответствии с правилами соревнований в том или ином виде спорта, а также полноценной учебно-тренировочной работы. Если занятия на спортивных сооружениях не предполагают участия инвалидов в соревнованиях (занятия рекреационного, оздоровительного и другого характера), данная группа средств предназначена для обеспечения основной двигательной деятельности, которая выполняется на занятиях

Вторая группа средств предусматривает приспособление (адаптацию) окружающей инвалида среды к его возможностям для осуществления целого ряда мероприятий, тесно связанных с адаптивным спортом, но относящихся к внесоревновательной деятельности. Это мероприятия, необходимые для подготовки занимающихся к соревновательной деятельности и учебно-тренировочной работе, приведения их в оптимальное состояние после этих видов деятельности, а также для наблюдения(просмотра) соревнований. Вторая группа средств предусматривает возможности размещения инвалидов на трибунах спортивных сооружений в качестве зрителей, а также возможности перемещения на креслах-колясках и выполнения необходимых действий в гардеробах, раздевалках, душевых комнатах, туалетах, саунах, массажных и врачебных кабинетах и других помещениях.

Вторую группу можно разделить на следующие подгруппы:

Первая подгруппа средств направлена на обеспечение безопасности соревновательной или учебно-тренировочной деятельности.

Вторая подгруппа средств предназначена для оснащения сооружений спортивного назначения устройствами (приспособлениями) для доставки (перемещения) спортсмена-инвалида непосредственно к месту соревновательной деятельности и учебно-тренировочной работы. Здесь прежде всего имеются в виду различные подъемники, тележки, лонжи, лестницы и т.п. для перемещения инвалида с поражениями опорно-двигательной системы в бассейн, места легкоатлетических соревнований, на гимнастические снаряды и другие устройства.

Третья подгруппа средств предназначена для оснащения окружающей инвалида среды приспособлениями для выполнения собственно соревновательных двигательных действий. К таким средствам относятся спортивные кресла-коляски для проведения занятий по многим видам спорта(например по баскетболу, в том числе и пляжному, теннису, гонкам и др.) с инвалидами с поражениями спинного мозга, нарушением функций нижних конечностей; средства протезной техники для лиц, перенесших ампутации конечностей; средства звуковой и пространственной ориентировки для незрячих спортсменов и другие приспособления.

Четвертая подгруппа средств предназначена для обеспечения процесса освоения инвалидами тех или иных соревновательных двигательных действий, развития и совершенствования двигательных действий, физических качеств и способностей, необходимых для успешного осуществления соревновательной деятельности по конкретному виду спорта. Средства данной подгруппы принято называть тренажерами, с помощью которых и

удается обеспечивать доступность выполнения конкретных двигательных действий инвалидами путем компенсации недостающих компонентов их подготовленности (физической, технической, психической и др.) за счет применения тренажеров.

3. Краткая характеристика группы и подгруппы средств для оснащения сооружений спортивного, физкультурного назначения.

Все средства, относящиеся ко второй группе и предназначенные для обеспечения необходимых предпосылок для собственно спортивной деятельности и учебно-тренировочной работы, а также наблюдения за соревнованиями, должны быть предусмотрены при проектировании и строительстве сооружений спортивного назначения, поскольку исправить или скорректировать недочеты такого типа очень сложно, а в ряде случаев и невозможно.

Отсутствие условий для свободного перемещения инвалидов на креслах-колясках и выполнения ими необходимых действий по самообслуживанию ограничивает их мобильность, делает зависимыми от других людей. Привлечение в качестве помощников волонтеров кого-либо из знакомых, родственников, друзей инвалидов позволяет уменьшить влияние этих негативных факторов. Остановимся более подробно на средствах первой группы — приспособляющих окружающую инвалида среду для осуществления им собственно соревновательной деятельности и учебно-тренировочной работы.

Средства первой подгруппы, обеспечивающие безопасность соревновательной деятельности и учебно-тренировочной работы спортсмена-инвалида, представляют собой: страховочные приспособления (гимнастические поролоновые маты, защитные сетки, страховочные лонжи, поролоновые ямы для приземлений и др.). Они размещаются и используются там и тогда, где и когда возможны падения занимающихся, выход за зону безопасности в связи с превышением оптимальной скорости перемещения и (или) вращения спортсмена или спортивного снаряда.

Говоря о безопасности соревновательной деятельности инвалидов, необходимо помнить о требованиях соблюдения минимальных расстояний границ спортивных площадок от неподвижных предметов (стен, столбов, выступов конструкций и т.п.) или краев возвышений, если спортивная площадка находится на помосте.

Средства второй подгруппы чаще всего применяются для облегчения процесса перемещения спортсмена в бассейн и на гимнастические снаряды. Наиболее распространенным средством является подвесная тележка на тросах(веревках), концы которых связаны с блоками, размещенными на монорельсах. Многие из них являются очень дорогостоящими и поэтому вряд ли могут быть внедрены в практику в ближайшее время.

Наиболее многочисленна третья подгруппа первой группы средств, предназначенная для оснащения окружающей инвалида среды приспособлениями для выполнения собственно соревновательных

двигательных действий. Это прежде всего спортивные кресла-коляски, протезная техника (для лиц с поражениями опорно-двигательной системы): звучащие мячи, различные покрытия опорных поверхностей (для незрячих спортсменов) и другие устройства. Обилие и разнообразие средств данной подгруппы обусловлено большим количеством видов физкультурно-спортивной деятельности, применяемых в работе с инвалидами в процессе их комплексной реабилитации и социальной интеграции.

Существует большое количество справочников, каталогов, проспектов с описанием различных конструкций спортивных кресел-колясок и протезной техники, производимых различными фирмами, в основном зарубежными. Безусловно, спортивные кресла-коляски и специальная протезная техника относятся к очень дорогим средствам, доступным ограниченному кругу инвалидов. Однако постепенно перечисленные средства внедряются и в России. Более того, появляются отечественные фирмы, занимающиеся производством, например, кресел-колясок для спортсменов-инвалидов (фирмы «Люкор», «Катаржина»).

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.

2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.

3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.

4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.

5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева . - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.

6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. :

Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.

5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ. культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 31
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(5 семестр)

М-13. ТЕМА 13.2. Тренажеры, их классификация. Способы воздействия тренажеров на спортсменов-инвалидов

Время: 4 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Определение понятия «тренажер».
2. Воздействие тренажеров на занимающихся.
3. Классификация тренажеров.
4. Задачи, решаемые с помощью тренажеров при занятиях адаптивной физической культурой.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. *Определение понятия «тренажер».*

Тренажер - это средство материально-технического обеспечения учебно-тренировочного процесса, позволяющее организовать искусственные условия для эффективного формирования умений и навыков, развития и совершенствования качеств и способностей человека, соответствующих требованиям его будущей деятельности (СП. Евсеев, 1992).

2. *Воздействие тренажеров на занимающихся.*

Тренажеры могут быть:

индивидуального и коллективного использования
их воздействие на организм:

- локальным (когда в работе участвуют отдельные мышечные группы) ,
- региональным (в работе участвует примерно третья часть мышц)
- общим (в работе задействовано большинство мышц).

3. *Классификация тренажеров.*

Для построения естественной классификации тренажеров, применяемых для формирования физических упражнений, вначале рассмотрим способы, обеспечивающие преимущественно энергосиловой аспект взаимодействия технических устройств с занимающимся и реализующие поток информации, поступающей к учащемуся по каналу прямой связи. Причем информация в этом случае поступает в центральную нервную систему не только через зрительный и слуховой анализаторы, но и через воспринимающие движения проприорецепторы.

Для построения естественной классификации тренажеров, применяемых для формирования физических упражнений, вначале рассмотрим способы,

обеспечивающие преимущественно энергосиловой аспект взаимодействия технических устройств с занимающимся и реализующие поток информации, поступающей к учащемуся по каналу прямой связи. Причем информация в этом случае поступает в центральную нервную систему не только через зрительный и слуховой анализаторы, но и через воспринимающие движения проприорецепторы.

Существует шесть групп тренажёров, каждая из которых отличается способом взаимодействия технических устройств с занимающимся и реализующим поток информации, поступающей к нему по каналу прямой связи. Информация поступает в центральную нервную систему человека через зрительный, слуховой анализаторы и воспринимающие движения проприорецепторы то очень важно для лиц, имеющих нарушения в деятельности тех или иных сенсорных систем (зрения или слуха).

В зависимости от способ воздействия на человека, каждая группа тренажёров решает определённые задачи.

Первая группа тренажёров позволяет приспособить их параметры (ширину, высоту, угол наклона, площадь опорной поверхности, различные качества используемых материалов и т.д.) к возможностям человека с целью максимального развития его физических способностей. Данный способ позволяет занимающемуся выбрать способ выполнения движений (техники).

В адаптивной физической культуре этот способ широко используется в работе с незрячими и слабовидящими занимающимися (применяются озвученные мячи, предметы с усиленными запахами, ярко и необычно окрашенные предметы, нагревательные приборы – как ориентиры направления движений, поверхности с различной шероховатостью – дорожки, коврики и т.п.); с лицами, имеющими поражения опорно-двигательного аппарата (применяются устройства, изменяющие перечисленные геометрические параметры опоры и снарядов, действие силы тяжести и др.); с занимающимися, страдающими нарушениями интеллектуальной сферы (применяются яркоокрашенная разметка пола; квадраты, круги, линии; мячи разного размера, веса и цвета, наклонные поверхности и др.).

Вторая группа тренажёров программирует длительность, темп, ритм и других характеристик движений через зрительный, слуховой или другие сохранные анализаторы, благодаря чему оказывается стимулирующее влияния на человека.

В адаптивной физической культуре особенно при работе с лицами, имеющими нарушения сенсорных систем, наибольшее значение имеют тренажеры, программирующие параметры, включающие временную компоненту движений и адресующие информацию к слуховому или зрительному анализатору.

Как правило, подобные тренажеры выступают в роли звуколидеров, информирующих учащихся о длительности, темпе, скорости и других характеристиках движений. С помощью тренажёров второй группы могут быть запрограммированы оптимальные звуковые сигналы о правильном ритме соединения из нескольких элементов, например, бега, акробатических

упражнений, разбега и опорного прыжка и т.п. Воспроизведение этих сигналов в процессе выполнения задания служит внешней подсказкой, которая как бы ведет за собой занимающегося, навязывает ему правильный ритм разучиваемого или совершенствуемого соединения элементов. Тренажеры, программирующие различные характеристики движений, могут адресовать свою информацию не только слуховому, но и зрительному анализатору. В частности, хорошо известные у бегунов, пловцов и других спортсменов тренажеры, задающие необходимую скорость перемещения занимающегося путем последовательного зажигания электрических лампочек или движения с необходимой скоростью тележки, флажка и т.п., находящихся в поле зрения учащихся, с успехом могут применяться и в адаптивной физической культуре при формировании и совершенствовании скорости бега, например, с глухими и плохослышащими спортсменами.

Конструкция электронно-светового тренажера, позволяющего нескольким спортсменам тренироваться одновременно, описана в работе Е.В.Бесова с соавторами (1975).

Третья группа тренажёров создаёт искусственные условия выполнения двигательных действий, ограничение нерациональных траекторий и положений звеньев тела занимающегося и спортивного снаряда, которые приводят к энергетическим потерям, рассеиванию энергии, выходу звеньев тела за «коридор» допустимых отклонений.

Эти тренажеры можно разделить на два подкласса:

- устройства, ограничивающие нерациональные перемещения звеньев тела занимающегося;
- устройства, регламентирующие перемещения спортивных снарядов.

В свою очередь устройства первого подкласса могут быть подразделены на средства, ограничивающие суставные движения, и средства, ограничивающие траектории отдельных точек его тела. К этой группе относятся: ограничители движений головой; корсеты, ограничивающие или исключают возможность сгибания или разгибания в суставах; приспособления, ограничивающие разведение ног при выполнении гимнастических упражнений в висах или упорах, и тому подобные приспособления.

Ко второму подклассу относятся устройства, способствующие перемещению спортивных снарядов: клюшки (для игры в гольф или хоккей), шест для прыжков и др. Тренажеры данной группы, в отличие от устройств первой и второй групп, значительно более активно влияют на процесс поиска человеком оптимальной техники. Своеобразная форма предъявления занимающимся информации в виде копиров, направляющих, ограничителей движений и т.п. является в то же время и регламентирующим средством, не позволяющим обучающимся отклоняться от заданных оптимальных траекторий или амплитуд движений в суставах.

Информация, которая предъявляется учащемуся в виде копиров для отдельных точек, предназначена в основном для тактильных и мышечно-суставных рецепторов.

В адаптивной физической культуре тренажеры этой группы имеют огромное значение для незрячих и слабовидящих занимающихся, для инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата.

Для примера приведем тренажер Ю.Л.Кузнецова (1986), ограничивающий нерациональные перемещения общего центра масс занимающегося и выполняющий страховочные функции. Этот тренажер, предназначенный для обучения прыжкам на батуте, может с успехом использоваться в работе со слепыми занимающимися, лицами с нарушениями интеллекта, функций опорно-двигательного аппарата и др.

Четвертая группа тренажеров оказывает обобщенное физическое воздействие в виде тяги, приложенной к его телу в различных направлениях: вверх, вперед, по кругу (если упражнение выполняется вокруг горизонтально расположенной перекладины и т.п.), вращения тела вокруг оси и др. Их применение позволяет компенсировать недостающие компоненты физической подготовленности или, напротив, мобилизовать имеющиеся резервы. При этом создаются безопасные условия выполнения упражнения, что обеспечивает благоприятный эмоциональный фон занятий.

Данный способ можно рассматривать как наиболее доступный и эффективный путь применения тренажеров в адаптивной физической культуре.

Оказывая на занимающихся обобщенное физическое воздействие, такие тренажеры позволяют компенсировать недостающие компоненты их физической подготовленности и ограничения, обусловленные дефектом или заболеванием, или, напротив, мобилизовать имеющиеся резервы, создают безопасные условия выполнения упражнения, что обеспечивает благоприятный эмоциональный фон занятий, помогают освоить наиболее совершенную сложную координационную структуру двигательных действий. Причем информации, адресованной не только зрительному анализатору, но и непосредственно воспринимающим движение проприорецепторам. Данная особенность тренажеров имеет большое значение для формирования необходимых ощущений и восприятий самого действия и условий, в которых оно осуществляется.

В качестве примера тренажеров четвертой группы, которые могут использоваться лицами с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидами практически всех нозологических групп, приведем широко распространенный в гимнастике, акробатике, легкой атлетике и других видах спорта подвесной скользящий пояс, устанавливаемый или на горизонтальных тросах, или консольных балках.

Пятая группа тренажеров воздействует на человека путём управления его суставными движениями (в одном, двух или нескольких суставах). В тренажерах, управляющих суставными движениями занимающегося, возможна совершенно безопасная работа человека с недостаточным уровнем развития двигательных качеств, что позволяет сосредоточить его внимание на осознании мышечных ощущений, снизив контроль за исполнительской частью действия. Данный способ, обеспечивая с помощью искусственных условий выполнение той или иной части программы позы, позволяет

занимающемся с самых первых попыток осваивать оптимальный вариант двигательного действия.

В качестве примера императивного тренажера, управляющего суставными движениями занимающего, приведем конструкцию, разработанную автором главы совместно с Ю.Н.Рыкуновым и Г.В.Барминым (1980) и изображенную на рис. 12.

Как видно из рисунка, за счет тяги, приложенной к тросу, движение спортсмена из упора в стойку на руках осуществляется принудительно, даже при пассивном состоянии занимающегося. Подобные тренажеры позволяют в полном объеме осуществить методику формирования двигательных действий с заданным результатом с лицами с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидами любых нозологических групп.

Шестая группа тренажеров на осуществляет электростимуляцию тех или иных мышечных групп. Однако эти тренажеры достаточно сложны, дороги и пока очень редко применяются.

С увеличением порядкового номера группы тренажеров активность их стимулирующего, информационного и энергетического воздействия на занимающегося в процессе выполнения задания увеличивается: от «подгонки» к возможностям занимающегося до воспроизведения за него отдельных суставных движений. Поэтому представляется целесообразным присвоить выделенным группам, а точнее, способам воздействия на человека, в соответствии с которыми образованы эти группы, название «уровней»: от первого до шестого, подчеркивая тем самым их возрастающее влияние на занимающегося в процессе выполнения упражнения. При первом способе тренажеры «облегчают» действия человека, при втором – «стимулируют», при третьем – «направляют» их, при четвертом – «помогают» занимающемуся, при пятом – «управляют» перемещением звеньев, а при шестом – «посылают команды» к его мышцам.

Существуют устройства, реализующих не один, а несколько из перечисленных способов (уровней) воздействия на человека. В связи с этим предлагается ввести еще одно понятие «порядок» тренажеров, номер которого будет показывать количество способов воздействия на спортсмена, реализуемых тренажерами тех или иных групп. Таким образом, увеличение порядка тренажеров соответствует возрастанию активности искусственных условий, воздействие которых на занимающегося становится все более сложным и универсальным. В соответствии с принятым понятием к тренажерам первого порядка будут отнесены группы тренажеров, реализующих каждый из шести перечисленных способов (уровней) воздействия по отдельности, т.е. группы тренажеров первого, второго, третьего, четвертого, пятого и шестого уровней. В группы тренажеров второго порядка попадают устройства, реализующие два способа воздействия в любом сочетании (например, 1-й со 2-м, 1-й с 3-м и т.д.); устройства третьего порядка реализуют три способа, четвертого – четыре и т.д. вплоть до одной группы тренажеров шестого порядка, которые должны реализовать все шесть выделенных способов (безусловно, если в этом есть необходимость, которую

определяют педагог-тренер и научный работник, исходя из особенностей конкретного вида двигательной деятельности, экономических и целого ряда других соображений).

Важной задачей, стоящей перед тренажерами, используемыми для формирования двигательных действий, является объективизация сторонней (дополнительной) информации, поступающей по каналу обратной связи.

Развитие средств срочной информации и телеметрических систем передачи сигналов, электронно-вычислительной техники и моделирования движений позволяет вести разработку и внедрение в практику тренажеров, обеспечивающих автоматизацию процесса освоения упражнений или отдельных его этапов и операций.

Вторым существенным признаком, в соответствии с которым будут выделены следующие группы тренажеров, является степень реализации с их помощью обратной связи и автоматизации процессов управления искусственными условиями.

Выделим основные способы взаимодействия технических средств с человеком. **Первым способом** такого взаимодействия является обеспечение занимающегося и преподавателя срочной или текущей информацией о тех или иных характеристиках движений. Обычно средства, реализующие данный способ, дополнительно подразделяются по основным параметрам движений (В.С.Фарфель, 1975).

Вторым способом взаимодействия тренажеров с занимающимся является обеспечение его (и тренера) срочной или текущей информацией о допущенных ошибках.

Третий и четвертый способы взаимодействия тренажеров с учащимися обеспечивают срочную или текущую адаптацию искусственных условий к действиям занимающегося за счет управления с помощью быстродействующих ЭВМ блоками собственных устройств, звуко-светодиодами и т.п. (**третий способ**) или блоками, программирующими электростимуляционные сигналы к мышцам спортсмена (**четвертый способ**).

Все тренажеры, применяемые в физической культуре, можно разделить в зависимости от природы объектов, которые моделируются с их помощью, на три крупных класса:

- тренажеры, моделирующие объекты социальной природы,
- объекты живой природы
- неживой природы.

В первом случае тренажеры воспроизводят действия соперника, партнера, тренера, зрителей и других объектов социального происхождения.

Во втором случае – моделируют животных (или их действия), поведением которых должен управлять спортсмен.

В третьем – заменяют средства передвижения, которыми управляет занимающийся (автомобиль, мотоцикл, яхту, самолет и т.п.); предметы, перемещаемые им (ядро, копье, молот, диск, другие спортивные снаряды и т.п.); условия, в которых осуществляет

4. Задачи, решаемые с помощью тренажеров при занятиях адаптивной физической культурой:

- развитие правильной осанки;
 - коррекция нарушений осанки;
 - восстановление после различных заболеваний и травм;
 - снижение избыточного веса;
- улучшение функциональных возможностей организма;
развитие физической подготовленности;
ликвидация дисбаланса физического развития.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.

2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.

3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.

4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.

5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева . - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.

6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и

другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.

5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ. культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 32
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-14. ТЕМА 14.1. Особенности жизнедеятельности лиц с ограниченными возможностями здоровья и роль адаптивной физической культуры в их оздоровлении

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Особенности образа жизни людей с ограниченными возможностями здоровья.
2. Режим жизни инвалидов различных категорий.
3. Основные принципы оздоровительного воздействия физических нагрузок на организм инвалида.
4. Влияние адаптивной физической культуры на обретение социальной, бытовой и психологической независимости инвалидов.
5. Актуальные аспекты физкультурно-оздоровительной и спортивной работы с контингентом инвалидов и лиц, нуждающихся в физической реабилитации.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Гигиена (hygieinos – здоровый) – старейшая область медицинских знаний, наука о сохранении, укреплении и повышении здоровья общества о профилактики заболеваний.

С этой целью изучают влияние факторов *внешней среды*, в том числе физических нагрузок, на функциональное состояние организма человека, его здоровье и работоспособность.

Под *внешней средой* понимается сложный комплекс природных, социальных, бытовых, производственных и других факторов, в которых протекает жизнь, труд и отдых человека.

Ведущий принцип гигиены – *единство организма и среды*: организм и среда рассматриваются как неразрывное целое единой системы.

Гигиена физического воспитания и спорта инвалидов – гигиена АФК – это наука о влиянии различных факторов, связанных с занятиями физической культурой и спортом, на здоровье занимающихся лиц с ограниченным физическим развитием: условий внешней среды, в которых протекают занятия физическими упражнениями; организации и содержания занятий физическими упражнениями; объема и интенсивности физических нагрузок в процессе занятий физическими упражнениями; характера питания; технического оснащения и экипировки спортсменов-инвалидов.

Цель гигиены АФК – профилактика различных заболеваний, связанных с воздействием факторов физической культуры и спорта у инвалидов, повышении оздоровительной эффективности занятий на основе создания оптимальных условий, организации и содержания.

Предметом гигиены АФК как науки является изучение процесса взаимодействия организма инвалидов с различными факторами физической культуры и спорта.

Основная задача гигиены АФК состоит в разработке мероприятий для предупреждения возможного неблагоприятного влияния различных факторов физической культуры и спорта, физического развития, повышения общей и спортивной работоспособности инвалидов, занимающихся АФК.

К *основным гигиеническим средствам*, применяемым для этого, относятся:

- оптимизация условий, режимов, форм и средств, применяемых в процессе занятий АФК;
- рациональное питание;
- оптимизация физических нагрузок в процессе занятий физическими упражнениями;
- закаливание.

Особенности образа жизни людей с ограниченными возможностями здоровья. Режим жизни инвалидов различных категорий.

Аномальное развитие ребенка и человека всегда сопровождается нарушением моторных функций, отставанием и дефицитом двигательной сферы. От своих здоровых сверстников они отстают по уровню физического развития и подготовленности.

Основной дефект, как правило, сопровождается сопутствующими заболеваниями и вторичными отклонениями.

У инвалидов с умственной отсталостью из-за необратимого поражения ЦНС физическое и психическое развитие протекает на дефектной основе, при этом недоразвитыми оказываются костная, мышечная, эндокринная, сенсорные системы, высшие психические функции: речь, мышление, внимание, память, эмоции и личность в целом. Самые выраженные нарушения отмечаются в координации движений: грубые ошибки в дифференцировании мышечных усилий, излишняя напряженность, скованность и неточность движений, ограниченная амплитуда, нарушения в пространственной ориентировке, равновесии и др.

Полная или частичная потеря зрения у инвалидов существенно изменяет их жизнедеятельность. Нарушение пространственных образов, чувственного познания мира, самоконтроля и саморегуляции сопровождается широким спектром сопутствующих заболеваний: 40% имеет минимальную мозговую дисфункцию (негрубые поражения ЦНС), свыше 30% – соматические заболевания (пиелонефриты, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем), 80% – страдают неврозами. Вторичные нарушения: слабость общей и дыхательной мускулатуры, искривления

позвоночника (у 80%), деформации стопы, что негативно отражается на физической подготовленности, работоспособности, координации и точности движений, равновесии, пространственной и временной ориентации, уровне скоростных способностей, ловкости, силы всех мышечных групп.

Потеря слуха приводит к нарушению развития всех сторон речи или к ее отсутствию, что ограничивает мышление, отражается на поведении – замкнутость, неконтактность. Ограниченный поток информации из-за поражения слуха искажает восприятие ее смысла, затрудняет общение, осложняет условия психомоторного развития, вызывает негативные эмоции и стрессовые переживания. Потеря слуха часто сопровождается поражением вестибулярного аппарата, что негативно отражается на двигательной сфере, статическом и динамическом равновесии, точности движений, пространственной ориентировке, ритме движений.

Потеря слуха у детей сопровождается в 62% случаев дисгармоничным физическим развитием, в 44% – дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие), в 80% – задержкой моторного развития. Сопутствующие заболевания (ОРЗ, бронхиты, пневмонии, задержка психического развития, отклонения в интеллекте, вегетативно-соматические расстройства) наблюдаются у 70% глухих и слабослышащих детей.

Последствия детского церебрального паралича (ДЦП) имеют множественные двигательные расстройства: нарушение мышечного тонуса, спастичность, ригидность (напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов), гипотонию мышц конечностей и туловища, ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи), гиперкинезы, синкинезии (непроизвольные содружественные движения, сопровождающиеся выполнением активных произвольных движений), тремор пальцев рук и языка, нарушение равновесия и координации движений (атаксия), нарушение мышечно-суставного чувства, чувства позы, положения собственного тела в пространстве, речевые расстройства до 80%. Вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах, сопровождаются нарушениями зрения, вестибулярного аппарата, речи, психики и других функций. Различают 3 степени тяжести: легкую (свободно передвигаются 6%), среднюю (при самообслуживании нуждаются в помощи 80%), тяжелую (зависят от окружающих 14%). По степени сохранности интеллекта: у 60% – сохраненный интеллект, у 30% – частичные отклонения, у 10% – грубые нарушения.

Ампутация конечностей ведет в первую очередь к нарушению двигательного стереотипа, функции опоры и ходьбы, координации движений. Следствие – уменьшение массы тела, сосудистого русла, рецепторных полей, тяжелые заболевания опорно-двигательного аппарата, гипокинезия, стресс, снижение центральных регуляторных механизмов, дегенеративные изменения нервно-мышечного и костного компонентов опорно-двигательного аппарата, нарушение обменных процессов, ухудшение деятельности вегетативных функций, детренированность мышц отрицательно влияют на процессы кровообращения, дыхания, пищеварения и создают объективные

биологические предпосылки отставания темпов физического и психического развития, снижения двигательных возможностей и общей работоспособности. Выраженность жизненных функций организма зависит от уровня ампутации конечности, характера оперативных вмешательств, возраста, индивидуальных особенностей инвалида.

Протезирование целесообразно и успешно лишь в том случае, если двигательная активность обеспечивает формирование мышечной моторики, соответствующей возрасту, так как для управления протезами необходимо владеть умениями раздельного сокращения мышц культи, дифференцирования мышечных усилий, точности движений и пр. «Уход» в болезнь, дефицит положительных эмоций, ощущение физической неполноценности могут изменить сознание, поведение, интеллект, социальную активность детей.

Поражения спинного мозга (невоспалительные) характеризуются полной или частичной утратой произвольных движений, чувствительности, расстройством функций тазовых органов, спастичностью, контрактурами суставов, пролежнями.

Такие аномалии развития, как нарушение слуха, зрения, интеллекта, ДЦП и другие, сопровождаются не только расстройствами моторики и координации, но и высших психических функций, особенно речи, внимания, памяти и других, ограничивающих познавательную, коммуникативную, учебную, трудовую, двигательную деятельность и нуждающихся в коррекции. У детей с дефектами речи наблюдаются нарушения осанки, дыхательной мускулатуры, несформированность общей и мелкой моторики, равновесия, частые простудные заболевания, неврозы.

Влияние АФК на обретение социальной, бытовой и психологической независимости инвалидов.

Выдвинутый Л.Выготским в 30-е гг. XX в., принцип *«Коррекционно-развивающая направленность педагогических воздействий – основа адаптивной физической культуры»* и сегодня является ведущим в отечественной дефектологии. Суть принципа заключается в том, что педагогические воздействия должны быть направлены не только на преодоление, сглаживание, выравнивание, ослабление физических и психических недостатков аномального развития инвалидов, но и на активное развитие их познавательной деятельности, психических процессов, физических способностей и нравственных качеств.

Коррекционно-развивающие задачи направлены на обеспечение устойчивости вертикальной позы, сохранения равновесия и уверенной походки, способность соизмерять и регулировать свои действия в пространстве, выполняя их точно, свободно, без напряжения и скованности – это те свойства, которые необходимы инвалиду для нормальной жизнедеятельности.

Концептуальным положением является взаимосвязь и психофизическое единство организованной двигательной деятельности и целенаправленного

формирования личности ребенка, коррекция и развитие его познавательных способностей, сенсорных систем, психики (восприятия, внимания, памяти, эмоций, мышления, речи), общения, мотивов, интересов, потребностей, самовоспитания.

Коррекционно-развивающее направление АФК имеет широкий диапазон решения педагогических задач, по следующим группам:

- 1) коррекция движений в ходьбе, беге, плавании, метании, прыжках, лыжах, с предметами и др.;
- 2) коррекция и развитие координационных способностей;
- 3) коррекция и развитие физической подготовленности;
- 4) коррекция и профилактика соматических нарушений;
- 5) профилактика, коррекция и развитие психических и сенсорно-перцептивных способностей;
- 6) развитие познавательной деятельности;
- 7) формирование личности ребенка.

Основные принципы оздоровительного воздействия физических нагрузок на организм инвалида.

Единство диагностики и коррекции. Практическая деятельность педагога требует знания основного дефекта, его проявлений, качественного своеобразия и структуры, сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, медицинских показаний и противопоказаний к тем или иным видам физических упражнений, знать состояние сохранных функций, особенности психомоторики с учетом возраста, основного вида деятельности, характерного для каждого возрастного периода.

Специалист АФК самостоятельно проводит педагогическую диагностику, выявляя состояние отдельных двигательных функций, физических и координационных способностей, правильно интерпретирует результаты медицинской и психологической диагностики и на основе сопоставления и анализа этих данных планирует стратегический путь и оперативные способы, методы и приемы коррекции и развития.

Принцип дифференциации и индивидуализации. Дифференцированный подход в адаптивном физическом воспитании означает объединение детей в относительно однородные группы. Первичную дифференциацию осуществляет медико-психолого-педагогическая комиссия, формирующая типологические группы детей, сходные по возрасту, клинике основного дефекта, показателям соматического развития. Однако физическая подготовленность, двигательный опыт, готовность к обучению, качественные и количественные характеристики двигательной деятельности в этих группах (классах) чрезвычайно вариативны, поэтому для проведения уроков физического воспитания нужна более тонкая дифференциация учащихся, которую осуществляет учитель физического воспитания.

Индивидуальный подход означает учет особенностей, присущих одному человеку. Эти особенности касаются пола, возраста, телосложения, двигательного опыта, свойств характера, темперамента, волевых качеств,

состояния сохранных функций – двигательных, сенсорных, психических, интеллектуальных.

Принцип компенсаторной направленности педагогических воздействий заключается в возмещении недоразвитых, нарушенных или утраченных функций за счет перестройки или усиленного использования сохранных функций и формирования «обходных путей». Так, при нарушении зрения компенсация формируется под влиянием комплекса сохранных ощущений: слуховых, кожных, мышечно-суставных, обонятельных, вибрационных, температурных, которые достаточно подробно информируют человека об окружающем пространстве, что и позволяет ему решать сложные двигательные задачи.

При поражении спинного мозга, когда нормальную ходьбу восстановить невозможно, формируют различные варианты компенсаторной ходьбы за счет активного развития сохранных функций, но часто не приводит к желаемым результатам.

Принцип учета возрастных особенностей. Биологический возраст ребенка аномального развития в большинстве случаев отстает от паспортного. Процесс индивидуального развития всех физиологических и психологических функций протекает неравномерно и неодновременно: периоды стабилизации сменяются ускорениями развития. Динамика психических и физических способностей сугубо индивидуальна, как индивидуальны и сенситивные периоды, их важно не пропустить и максимально использовать для развития и личностного роста, особенно при планировании программ, рассчитанных на несколько лет.

Для выявления потенциальных возможностей ребенка и оперативной коррекции необходимо учитывать

- «зону актуального развития» – реальные возможности ребенка в настоящий момент и
- «зону ближайшего развития» – самостоятельное выполнение задания пока недоступно, но он может его выполнить с помощью педагога. В процессе обучения ориентируются на «зону ближайшего развития» как зону потенциальных возможностей ребенка.

Принцип адекватности педагогических воздействий – решение коррекционно-развивающих, компенсаторных, лечебно-восстановительных задач, подбор средств, методов, методических приемов должны соответствовать реальным функциональным возможностям, интересам и потребностям инвалидов.

Принцип оптимальности педагогических воздействий означает разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки, целесообразную стимуляцию адаптационных процессов, которые определяются силой и характером внешних стимулов – физических упражнений, различных по характеру, направленности, координационной сложности и физическая нагрузка, соответствующая оптимальным реакциям организма.

Принцип вариативности педагогических воздействий – это бесконечное многообразие не только физических упражнений, но и условий их выполнения, способов регулирования, эмоционального состояния, воздействия на различные сенсорные ощущения (зрительные, тактильные, слуховые), речь (подвижные игры с речитативами), мелкую моторику («пальчиковые» игры), интеллект (игры со счетом, выстраиванием слов и т.п.). Инвалиды вследствие вынужденной малоподвижности испытывают двигательный и эмоциональный голод, дефицит общения, поэтому разнообразие двигательной деятельности частично компенсирует эти негативные явления.

Принцип приоритетной роли микросоциума состоит в единстве коррекционной работы с ребенком-инвалидом и его окружением, прежде всего с родителями. Ребенок сознательно или бессознательно усваивает манеры поведения, общения, установки, привычки в соответствии с представлениями и ценностными ориентациями родителей и близких. Особенно велика их роль для детей, обучающихся в домашних условиях, но родители чаще всего недостаточно информированы о положительном влиянии физических упражнений на здоровье ребенка, коррекцию физических и психических нарушений.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 33
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-14. ТЕМА 14.3. Основные принципы рационального питания при занятиях адаптивной физической культурой

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Основные положения теории рационального сбалансированного питания лиц с ограниченными возможностями здоровья.
2. Особенности питания лиц, занимающихся адаптивной физической культурой.
3. Гигиенические требования к качественному составу продуктов питания.
4. Диетотерапия и витаминная обеспеченность организма инвалидов, «модные» диеты.
5. Использование продуктов и пищевых веществ повышенной биологической ценности в спортивной практике людей с ограниченными возможностями физического здоровья.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Питание – сложный процесс поступления, переваривания, всасывания и усвоения в организме пищевых веществ, необходимых для покрытия его энергетических трат, построения и возобновления клеток и тканей организма, регуляции физиологических функций организма.

В гигиене принят термин «рациональное питание», означающий питание, построенное на научных основах, способное полностью обеспечить потребность в пище в количественном и качественном отношении.

Основные гигиенические требования к пище состоят в том, что она должна:

- полностью возмещать энергетические траты организма;
- содержать все необходимые пищевые вещества (белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества и воду) для построения тканей, органов и нормального протекания всех физиологических процессов;
- быть разнообразной (состоять из различных продуктов животного и растительного происхождения);
- обладать приятными вкусом, запахом и внешним видом;
- быть легкоусвояемой;
- быть доброкачественной.

Основные гигиенические средства оптимизации питания: нормирование энергетической «стоимости» питания для восстановления энергетических

трат; нормирование питания по содержанию основных пищевых ингредиентов (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, минералы, витамины) для обеспечения основных физиологических функций организма и для обеспечения пластических процессов.

Понятие о достаточном и сбалансированном питании

Основа жизнедеятельности любой биологической системы – обмен веществ между ней и внешней средой. Повседневная пища должна содержать в достаточном количестве и оптимальном соотношении все необходимые организму вещества. Для построения, восстановления клеток и тканей, обмена веществ и энергии организму человека требуется около 70 химических соединений. Пища человека должна быть химически разнообразной, содержать все необходимые питательные вещества в определенном соотношении. Из-за химически однообразной несбалансированной пищи нарушается обмен веществ в организме.

Теоретической основой современной науки о питании является концепция сбалансированного питания, сформулированная академиком АМН А.А.Покровским. Согласно этой концепции обеспечение нормальной жизнедеятельности возможно при условии снабжения организма необходимым количеством энергии, белков, углеводов, жиров, витаминов, минеральных веществ, воды в нужных для организма соотношениях.

Сбалансированное питание – это питание, обеспечивающее организм всеми необходимыми ему пищевыми веществами в строго определенных соотношениях, корреляционные зависимости между усвоением пищи и степенью сбалансированности ее химического состава. На основе концепции сбалансированного питания построена схема определения пищевой ценности отдельных продуктов питания, разработаны нормы потребности человека в пищевых веществах. В рационе здорового человека при среднем уровне энерготрат оптимально следующее соотношение белков, жиров и углеводов 1:1:4(5), позволяющее максимально удовлетворить энергетические и пластические потребности организма. При усиленных энерготратах содержание белков в пище необходимо уменьшать, увеличивая количество жиров и углеводов: белки должны составлять 12–13% общей калорийности пищевого рациона; жиры – 30-50%. При тяжелой физической работе содержание белков в пищевом рационе может быть снижено до 11%, жиров – до 33% (для южных районов – 28, северных – 40%).

Согласно концепции А.А.Покровского обеспечение нормальной жизнедеятельности человека возможно не только при условии его снабжения адекватными количествами энергии и белка, но и при соблюдении строгих соотношений незаменимых пищевых факторов, каждому из которых принадлежит специфическая роль в обмене веществ.

Питание принято считать нормальным тогда, когда пища покрывает потребности взрослого человека. В результате масса тела постоянна, организм функционирует нормально. Полноценный пищевой рацион ребенка должен обеспечивать прогрессивный прирост показателей массы и длины тела и развитие соответственно возрасту всех его систем и органов. Это достаточное

или лучше сказать – полноценное питание можно противопоставить неполноценному или недостаточному. Всемирная организация здравоохранения рекомендует различать четыре следующие основные формы патологических состояний, вызываемых неудовлетворительным в гигиеническом отношении пищевым рационом: недоедание – потребление в течение более или менее продолжительного времени недостаточного по калорийности количества пищи; специфическая форма недостаточности – состояние, вызванное относительным или абсолютным недостатком в рационе одного или нескольких пищевых веществ; переедание – потребление избыточного количества пищи; несбалансированность – неправильное соотношение в рационе необходимых пищевых веществ.

Давая гигиеническую оценку питания населения, необходимо обращать особое внимание на содержание тех пищевых веществ, химические структуры которых не синтезируются ферментными системами организма. Эти вещества, называемые незаменимыми факторами питания, необходимы для нормального обмена, причем к их числу относятся некоторые аминокислоты и полиненасыщенные жирные кислоты, витамины и минеральные элементы.

Наряду с концепцией сбалансированности питания А.А.Покровский установил закон соответствия ферментных наборов организма химической структуре пищевого рациона.

Основные гигиенические принципы построения любого рациона питания.

Пища должна:

- по калорийности удовлетворять энергетические потребности человека;
- содержать в достаточном количестве все вещества, необходимые для пластических целей и регуляции физиологических функций;
- быть сбалансированной по содержанию различных пищевых веществ, количество которых должно находиться в определенных соотношениях; соответствовать ферментному статусу организма; быть безвредной (не содержать токсичных веществ и патогенных бактерий).

Физиологическая роль и гигиеническое значение белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ

Белки, жиры, углеводы, витамины – основные пищевые вещества в рационе человека. Пищевыми веществами называют такие химические соединения или отдельные элементы, которые необходимы организму для его биологического развития, для нормального протекания всех жизненно важных процессов.

Белки – это высокомолекулярные азотистые соединения, основная и обязательная часть всех организмов. Белковые вещества участвуют во всех жизненно важных процессах. Например, обмен веществ обеспечивается ферментами, по своей природе относящимися к белкам. Белками являются и сократительные структуры, необходимые для выполнения сократительной функции мышц – актомиозин; опорные ткани организма – коллаген костей, хрящей, сухожилий; покровные ткани организма – кожа, ногти, волосы.

Среди многочисленных пищевых веществ белкам принадлежит наиболее важная роль. Они служат источником незаменимых аминокислот и так называемого неспецифического азота, необходимого для синтеза белков. От уровня снабжения белками в большой степени зависят состояние здоровья, физическое развитие, физическая работоспособность, а у детей раннего возраста – и умственное развитие. Достаточность белка в пищевом рационе и его высокое качество позволяют создать оптимальные условия внутренней среды организма, необходимые для роста, развития, нормальной жизнедеятельности человека и его работоспособности. Под влиянием белковой недостаточности могут развиваться такие патологические состояния, как отек и ожирение печени; нарушение функционального состояния органов внутренней секреции, особенно половых желез, надпочечников и гипофиза; нарушение условно-рефлекторной деятельности и процессов внутреннего торможения; снижение иммунитета; алиментарная дистрофия. Белки состоят из углерода, кислорода, водорода, фосфора, серы и азота, входящих в состав аминокислот – основных структурных компонентов белка. Белки различаются уровнем содержания аминокислот и последовательности их соединения. Различают белки животные и растительные.

В отличие от жиров и углеводов белки содержат кроме углерода, водорода и кислорода еще азот – 16%. Поэтому их называют азотсодержащими пищевыми веществами. Белки нужны животному организму в готовом виде, так как синтезировать их, подобно растениям, из неорганических веществ почвы и воздуха он не может. Источником белка для человека служат пищевые вещества животного и растительного происхождения. Белки необходимы прежде всего как пластический материал, это их основная функция: они составляют в целом 45% плотного остатка организма.

Белки входят также в состав гормонов, эритроцитов, некоторых антител, обладая высокой реактивностью.

В процессе жизнедеятельности происходит постоянное старение и отмирание отдельных клеточных структур, и белки пищи служат строительным материалом для их восстановления. Окисление в организме 1 г белка дает 4,1 ккал энергии. В этом и заключается его энергетическая функция. Большое значение имеет белок для высшей нервной деятельности человека. Нормальное содержание белка в пище улучшает регуляторную функцию коры головного мозга, повышает тонус центральной нервной системы.

При недостатке белка в питании возникает ряд патологических изменений: замедляются рост и развитие организма, уменьшается вес; нарушается образование гормонов; снижаются реактивность и устойчивость организма к инфекциям и интоксикациям.

Питательная ценность белков пищи зависит прежде всего от их аминокислотного состава и полноты утилизации в организме. Известны 22 аминокислоты, каждая имеет особое значение. Отсутствие или недостаток какой-либо из них ведет к нарушению отдельных функций организма (рост,

кровообразование, вес, синтез белка и др.). Особенно ценны следующие аминокислоты: лизин, гистидин, триптофан, фенилаланин, лейцин, изолейцин, треонин, метионин, валин. Для маленьких детей большое значение имеет гистидин.

Некоторые аминокислоты не могут синтезироваться в организме и заменяться другими. Их называют незаменимыми. В зависимости от содержания заменимых и незаменимых аминокислот пищевые белки разделяются на полноценные, аминокислотный состав которых близок к аминокислотному составу белков человеческого тела и содержит в достаточном количестве все незаменимые аминокислоты, и на неполноценные, в которых отсутствуют одна или несколько незаменимых аминокислот. Наиболее полноценны белки животного происхождения, особенно белки желтка куриного яйца, мяса и рыбы. Из растительных белков высокой биологической ценностью обладают белки сои и в несколько меньшей степени – фасоли, картофеля и риса. Неполноценные белки содержатся в горохе, хлебе, кукурузе и некоторых других растительных продуктах.

Физиолого-гигиенические нормы потребности в белках. Эти нормы исходят из минимального количества белка, которое способно поддерживать азотистое равновесие организма человека, т. е. количество азота, введенного в организм с белками пищи, равно количеству азота, выведенного из него с мочой за сутки.

Суточное потребление пищевого белка должно полностью обеспечивать азотистое равновесие организма при полном удовлетворении энергетических потребностей организма, обеспечивать неприкосновенность белков тела, поддерживать высокую работоспособность организма и сопротивляемость его неблагоприятным факторам внешней среды. *Белки в отличие от жиров и углеводов не откладываются в организме про запас и должны ежедневно вводиться с пищей в достаточном количестве.*

Физиологическая суточная норма белка зависит от возраста, пола и профессиональной деятельности. Например, для мужчин она составляет 96–132 г, для женщин – 82–92 г. Это нормы для жителей больших городов. Для жителей малых городов и сел, занимающихся более тяжелой физической работой, норма суточного потребления белка увеличивается на 6 г. Интенсивность мышечной деятельности не влияет на обмен азота, но необходимо обеспечить достаточное для таких форм физической работы развитие мышечной системы и поддерживать ее высокую работоспособность.

Взрослому человеку в обычных условиях жизни при легкой работе требуется в сутки в среднем 1,3–1,4 г белка на 1 кг веса тела, а при физической работе – 1,5 г и более (в зависимости от тяжести труда).

Содержание белка в дневном рационе детей должно быть выше, чем у взрослых (2,0–3,0 г), что связано с бурным физическим развитием и половым созреванием.

В дневном рационе спортсменов количество белка должно составлять 15–17%, или 1,6–2,2 г на 1 кг массы тела.

Белки животного происхождения в суточном рационе взрослых должны занимать 40–50 % от общего количества потребляемых белков, спортсменов – 50–60, детей – 60–80%. Избыточное потребление белков вредно для организма, так как затрудняются процессы пищеварения и выделения продуктов распада (аммиака, мочевины) через почки.

Жиры состоят из нейтрального жира – триглицеридов жирных кислот (олеиновой, пальмитиновой, стеариновой и др.) и жиро-подобных веществ – липоидов. Главная роль жиров заключается в доставке энергии. При окислении 1 г жира в организме человек получает в 2,2 раза больше энергии (9,3 ккал), чем при окислении углеводов и белков.

Жиры выполняют и пластическую функцию, являясь структурным элементом протоплазмы клеток. В жирах находятся необходимые для жизни жирорастворимые витамины А, D, Е, К.

Липоиды входят также в состав клеточных мембран, гормонов, нервных волокон и оказывают существенное влияние на регуляцию жирового обмена. Жир обладает низкой теплопроводностью, благодаря чему, находясь в подкожно-жировой клетчатке, предохраняет организм от охлаждения.

Питательная ценность различных жиров и жироподобных веществ неодинакова (табл. 33).

Животные жиры имеют более богатый по сравнению с растительными жирами витаминный состав. В растительных маслах содержится только витамин Е, но зато в отличие от животных жиров они содержат больше полиненасыщенных жирных кислот.

В жирах присутствуют как насыщенные жирные кислоты (пальмитиновая, стеариновая и др.), так и полиненасыщенные (олеиновая, линолевая и др.). Полиненасыщенные жирные кислоты биохимически значительно более активны, чем насыщенные, интенсивнее окисляются и лучше используются в энергетическом обмене.

Линолевая, линоленовая и арахидоновая жирные кислоты, не синтезируемые в организме человека, относятся к числу важнейших, поскольку необходимы для предупреждения атеросклероза. В день достаточно употреблять с пищей 20 –30 г растительного масла. Полиненасыщенные жирные кислоты значительно повышают усвояемость жиров.

Жироподобные вещества. Наибольшее значение из них имеют фосфатиды и стерины. Фосфатиды содержат соли фосфорной кислоты, в частности лецитин, который наряду с другими фосфатидами входит в состав нервной ткани, клеточных оболочек. Основными источниками фосфатидов служат говядина, сливки, печень, яичный белок, бобовые.

Стерины участвуют в образовании гормонов, желчных кислот и некоторых других биологически ценных веществ. Наиболее важен из них холестерин, который входит в состав всех клеток и придает им гидрофильность, т. е. способность удерживать воду. Холестерин является структурным элементом нервных волокон.

У здоровых людей около 80 % необходимого холестерина синтезируется печенью и лишь 20 % поступает извне с пищей, а поэтому излишнее

ограничение содержащих его продуктов (масла, яиц, печени) нецелесообразно. Это необходимо лишь больным с определенными заболеваниями и лицам старшего и пожилого возраста.

По происхождению все жиры подразделяются на полноценные (животные) и неполноценные (растительные). Основными источниками животных жиров служат сливочное масло и сало, ими богаты сливки, сметана, жирное молоко, жирные сорта сыра, растительных жиров – подсолнечное, кукурузное, оливковое масла.

Растительное масло должно быть обязательным компонентом в питании спортсменов, у которых повышен расход витамина Е; оно необходимо для жирового обмена, поскольку нормализует белково-жировые компоненты крови, предупреждая развитие атеросклероза.

Переваривание и усвоение жиров в организме человека происходит в кишечнике при активном участии ферментов, синтезируемых печенью и поджелудочной железой, а также стенками самого кишечника. Жиры – основные источники энергии для человека при длительной физической работе умеренной интенсивности. Продолжительная безжировая диета может привести к значительным нарушениям функционального состояния человека. Но жиры животного происхождения могут принести значительный вред здоровью человека в случае их избыточного потребления, вызвав развитие и прогрессирование одного из тяжелейших заболеваний – атеросклероза. Поэтому гигиенисты питания разработали нормативы потребления жира для различных групп населения (возрастных, половых, профессиональных, населения различных климатогеографических зон).

Физиолого-гигиенические нормы суточного потребления жиров. В РФ они почти такие же, как и для белков: на 1 г белка должен приходиться примерно 1 г жира. Суточная норма потребления жира для лиц, занятых преимущественно умственным трудом, составляет для мужчин 84–90 г, для лиц, занимающихся преимущественно физическим трудом, – 103–145 г; для женщин – соответственно 70–77 и 81–102 г. При этом примерно 70% от общего количества потребляемых жиров должны составлять жиры животного происхождения.

При нормальной массе тела количество жиров должно покрывать 30% дневного рациона, что соответствует 1,3–1,5 г на 1 кг массы тела. Лицам с избыточной массой тела эти нормы целесообразно уменьшить вдвое, у спортсменов, тренирующихся на выносливость, количество жира в периоды объемных тренировок увеличивается до 35 % к общему суточному калоражу.

Углеводы – это обширный, наиболее распространенный на Земле класс органических соединений, входящих в состав всех организмов. Углеводы и их производные служат структурным и пластическим материалом поставщика энергии и регулируют ряд биохимических процессов. По классификации ВОЗ углеводы делятся на усвояемые организмом человека и неусвояемые. Неусвояемые углеводы образуют группу так называемых балластных веществ – пищевые волокна, играющие огромную роль в поддержании нормальной регуляции пищеварения. Средняя величина теплоты при сгорании углеводов

– 4,1 ккал/г. Взаимодействуя с другими веществами пищи, углеводы влияют на доступность их организму и на потребность организма в этих веществах, например белоксберегающее действие углеводов. Углеводы снижают потребность организма человека в белках, препятствуя использованию аминокислот в качестве энергетического материала и усиливая посредством инсулина использование аминокислот для синтеза белка.

В организме человека глюкоза используется преимущественно скелетными мышцами, в них она окисляется. При этом выделяется определенное количество энергии или депонируется в виде гликогена. Некоторое количество глюкозы усваивается и сердечной мышцей, а также мозговой тканью, но значительного накопления глюкозы в виде гликогена в них не происходит. Запасы гликогена, депонированные в различных органах организма человека, расходуются на удовлетворение биологических потребностей тех тканей, в которых он депонирован, и только гликоген печени, превращаясь в глюкозу, используется для нужд всего организма и поддерживает постоянство концентрации сахара в крови. Основные источники углеводов – преимущественно растительные продукты (мучные изделия, крупы, сладости), а сами они служат основным источником энергии в организме человека. При физической работе они расходуются в первую очередь, и только по истощении их запасов в обмен веществ включаются жиры. Работа скелетных мышц сопровождается значительным потреблением углеводов. К числу полисахаридов, содержащихся в растительных продуктах, относится целлюлоза, или так называемая клетчатка, которая входит в состав клеточных оболочек. Она содержится в зернах злаков, хлебе грубого помола, бобовых, свекле, репе, редьке. В связи с тем что в пищеварительном тракте человека нет фермента, расщепляющего клетчатку, она не переваривается и не усваивается.

Однако, раздражая слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, усиливая перистальтику кишечника и секрецию пищеварительных желез, клетчатка играет важную роль в процессе пищеварения: она способствует механическому передвижению пищи в желудочно-кишечном тракте и его нормальному опорожнению. При недостатке клетчатки в пищевом рационе снижается моторная функция кишечника, нарушаются процессы всасывания различных веществ в толстом кишечнике, возникают запоры, сопровождающиеся усилением процессов брожения и гниения в толстом отделе кишечника, что вызывает интоксикацию организма.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация

больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 34
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-14. ТЕМА 14.5. Гигиена спортивных сооружений для инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Гигиенические требования к строительству и эксплуатации спортивных сооружений для лиц с ограниченными возможностями здоровья.
2. Классификация спортивных сооружений.
3. Санитарно-гигиенические требования к физкультурно-оздоровительным сооружениям (спортзалы, катки, бассейны, лыжные и гребные базы, тир и др.).
4. Гигиеническое значение и нормативы гигиенических требований к показателям микроклимата, освещенности и воздухообмена крытых спортивных сооружений для оздоровления и реабилитации инвалидов при занятиях адаптивной физической культурой.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Физкультурно-спортивные сооружения, доступные для инвалидов, следует рассматривать как составную часть единой сети физкультурно-спортивных сооружений. Эти сооружения должны быть рассчитаны на совместное использование инвалидами и остальным населением.

В сооружениях общегородского уровня, при числе инвалидов среди обслуживаемого населения не менее 2,5 тыс. чел., допускается строительство специальных спортивных залов для инвалидов. Специализированные спортивные сооружения только для спортсменов-инвалидов - центры «инваспорта», где могут проводиться как учебно-тренировочные занятия, так и соревнования, - в данном документе не рассматриваются.

Открытые и крытые физкультурно-спортивные сооружения могут быть учебно-тренировочными (без мест для зрителей) или демонстрационными (стадионы и универсальные спортивно-зрелищные залы).

Открытые и крытые физкультурно-спортивные сооружения с учетом доступности для инвалидов можно разделить на 2 группы:

сооружения, которые не требуют специального приспособления (сооружения для фехтования, стрельбы из лука и пневматического оружия) и могут использоваться инвалидами;

сооружения общего пользования, которые следует приспособить для занятий инвалидами на основании выполнения целого ряда требований (залы, бассейны, площадки для физкультурно-спортивных занятий).

В данном разделе рассматривается только вторая группа сооружений.

Основная часть требований данного раздела относится к учету специфики таких категорий занимающихся, как инвалиды с поражением опорно-двигательного аппарата и с недостатками зрения.

Для физкультурно-спортивных сооружений в основном предпочтительны решения с устройством общих путей движения и мест обслуживания и проведения занятий для здоровых и маломобильных посетителей. При наличии специализированных залов в составе сооружений общего пользования возможны решения с устройством параллельных путей движения и мест обслуживания инвалидов.

Участок и функциональное зонирование

Спортивно-зрелищные залы, доступные маломобильным группам населения, следует располагать в центральных зонах городов на участках со спокойным рельефом, обеспеченных удобными транспортными связями. Участок стадиона следует удалять от источников шума и загрязнения воздуха. Зеленые насаждения должны занимать не менее 30 % его площади. С точки зрения освоения рельефа и доступности для всех групп населения. Включая маломобильные, предпочтительна территория, позволяющая размещать трибуны на естественных откосах, а спортивные площадки и поля, пешеходные пути - на ровных участках.

Обслуживающие помещения для занимающихся, включая инвалидов, следует располагать в специальных павильонах или под трибунами, при этом их удаление от мест проведения физкультурно-спортивных занятий не должно превышать 150 м.

Учебно-тренировочные физкультурно-спортивные сооружения

Открытые плоскостные сооружения

При проектировании открытых плоскостных сооружений следует предусматривать защитную буферную зону шириной 3,0 м во всех направлениях от его границ, свободную от всякого рода препятствий.

По периметру полей и групп площадок рекомендуется предусматривать также ветро- и пылезащитные полосы, озеленение, обваловку площадок, акустические экраны.

Минимальную ширину шумозащитной полосы с 2-3 рядами деревьев и плотным кустарником рекомендуется принимать не менее 10 м при снижении интенсивности шума на 1,2-1,8 дБ каждым рядом. При этом высота деревьев должна быть не менее 5-7 м.

Отдельные площадки и открытые плавательные бассейны рекомендуется окружать полосами кустарниковых насаждений (за исключением колючих и ядовитых кустарников). Размещение, окраска и габариты зеленых насаждений должны способствовать получению дополнительной информации инвалидами с дефектами зрения.

За пределами площадок рекомендуется устраивать свободное пространство (зоны безопасности). Покрытие зон безопасности должно быть однородно с покрытием спортивной площадки.

Крытые сооружения

В физкультурно-спортивных сооружениях с учетом потребностей инвалидов рекомендуется сочетание плавательного бассейна и зала для общей физической подготовки, оснащенного различным оборудованием для игр и физкультурных занятий. Размеры ванн и залов определяются в соответствии с заданием на проектирование.

Рекомендованная глубина специализированных ванн бассейнов, в том числе используемых универсально, составляет, м:

0,6-0,85 - оздоровительно-тренировочная;

0,7-1,0 - плескательная свободной формы для детей 6-12 лет;

0,6-1,35 - учебная для обучения плаванию детей;

0,8-1,35 - учебная для обучения плаванию взрослых;

1,2-1,45 - для физкультурно-оздоровительного плавания всех категорий пользователей.

Для занятий инвалидов в режиме попеременного и совместного использования с другими категориями населения рекомендуется предусматривать следующие основные помещения:

в составе сооружений физкультурно-оздоровительного клуба микрорайона - зал или помещение для физкультурно-оздоровительных занятий;

в составе физкультурно-оздоровительного центра муниципального района: универсальный зал, один из специализированных залов, одну из физкультурно-оздоровительных ванн бассейна;

в составе комплекса физкультурно-рекреационных сооружений - 1-2 помещения для физкультурно-оздоровительных занятий;

специализированные залы для игр, используемые инвалидами, в составе районных сооружений.

Вдоль стен зала у специальных ванн бассейна и на входах в зал из помещений для переодевания и душевых следует устанавливать горизонтальные поручни на высоте от пола в пределах от 0,9 до 1,2 м, а в залах с бассейном для детей - на уровне 0,5 м от пола.

Для ориентирования лиц с полной потерей зрения (незрячих) и слабовидящих рекомендуется также размещение резиновых рифленых полос на основных путях движения по залам бассейн).

Размеры и варианты использования инвалидами крытых физкультурно-спортивных сооружений массового типа следует принимать по Рекомендациям по проектированию окружающей среды, зданий и сооружений с учетом потребностей инвалидов и других маломобильных групп населения.

Рекомендуется обеспечивать доступность для инвалидов во все вспомогательные помещения (кроме, как правило, административно-служебных и технических) в учебно-тренировочных физкультурно-спортивных сооружениях: во входные и рекреационные помещения (вестибюли, гардеробы, зоны отдыха, буфеты), блоки раздевальных, душевых и санузлов (рис. 5.4), тренерские и учебно-методические помещения, медико-реабилитационные помещения (медицинские комнаты, сауны, массажные и др.).

Места для переодевания инвалидов могут быть предусмотрены:
в общих раздевальных;

в индивидуальных кабинках для переодевания, в отдельных помещениях «семейных раздевалных» (раздевалных для инвалидов с сопровождающими).

Площадь раздевалных с учетом возможности посещения инвалидами рекомендуется принимать:

на одного занимающегося в залах - не менее 3,8 м², на одного занимающегося в бассейнах с залом подготовительных занятий - 4,5 м² (для общих раздевалных)

Здания и сооружения физкультурно-оздоровительные и спортивные

Физкультурно-спортивные сооружения, доступные для инвалидов, следует рассматривать как составную часть единой сети физкультурно-спортивных сооружений. Эти сооружения должны быть рассчитаны на совместное использование инвалидами и остальным населением.

В сооружениях общегородского уровня, при числе инвалидов среди обслуживаемого населения не менее 2,5 тыс. чел., допускается строительство специальных спортивных залов для инвалидов. Специализированные спортивные сооружения только для спортсменов-инвалидов - центры «инваспорта», где могут проводиться как учебно-тренировочные занятия, так и соревнования, - в данном документе не рассматриваются.

Открытые и крытые физкультурно-спортивные сооружения могут быть учебно-тренировочными (без мест для зрителей) или демонстрационными (стадионы и универсальные спортивно-зрелищные залы).

Открытые и крытые физкультурно-спортивные сооружения с учетом доступности для инвалидов можно разделить на 2 группы:

сооружения, которые не требуют специального приспособления (сооружения для фехтования, стрельбы из лука и пневматического оружия) и могут использоваться инвалидами;

сооружения общего пользования, которые следует приспособить для занятий инвалидами на основании выполнения целого ряда требований (залы, бассейны, площадки для физкультурно-спортивных занятий).

В данном разделе рассматривается только вторая группа сооружений.

Основная часть требований данного раздела относится к учету специфики таких категорий занимающихся, как инвалиды с поражением опорно-двигательного аппарата и с недостатками зрения.

Для физкультурно-спортивных сооружений в основном предпочтительны решения с устройством общих путей движения и мест обслуживания и проведения занятий для здоровых и маломобильных посетителей. При наличии специализированных залов в составе сооружений общего пользования возможны решения с устройством параллельных путей движения и мест обслуживания инвалидов.

Участок и функциональное зонирование

Спортивно-зрелищные залы, доступные маломобильным группам населения, следует располагать в центральных зонах городов на участках со спокойным рельефом, обеспеченных удобными транспортными связями. Участок стадиона следует удалять от источников шума и загрязнения воздуха.

Зеленые насаждения должны занимать не менее 30 % его площади. С точки зрения освоения рельефа и доступности для всех групп населения. Включая маломобильные, предпочтительна территория, позволяющая размещать трибуны на естественных откосах, а спортивные площадки и поля, пешеходные пути - на ровных участках.

Обслуживающие помещения для занимающихся, включая инвалидов, следует располагать в специальных павильонах или под трибунами, при этом их удаление от мест проведения физкультурно-спортивных занятий не должно превышать 150 м.

Учебно-тренировочные физкультурно-спортивные сооружения

Открытые плоскостные сооружения

При проектировании открытых плоскостных сооружений следует предусматривать защитную буферную зону шириной 3,0 м во всех направлениях от его границ, свободную от всякого рода препятствий.

По периметру полей и групп площадок рекомендуется предусматривать также ветро- и пылезащитные полосы, озеленение, обваловку площадок, акустические экраны.

Минимальную ширину шумозащитной полосы с 2-3 рядами деревьев и плотным кустарником рекомендуется принимать не менее 10 м при снижении интенсивности шума на 1,2-1,8 дБ каждым рядом. При этом высота деревьев должна быть не менее 5-7 м.

Отдельные площадки и открытые плавательные бассейны рекомендуется окружать полосами кустарниковых насаждений (за исключением колючих и ядовитых кустарников). Размещение, окраска и габариты зеленых насаждений должны способствовать получению дополнительной информации инвалидами с дефектами зрения.

5.7. За пределами площадок рекомендуется устраивать свободное пространство (зоны безопасности), размеры которых регламентированы в табл. 5.1. Покрытие зон безопасности должно быть однородно с покрытием спортивной площадки.

Крытые сооружения

В физкультурно-спортивных сооружениях с учетом потребностей инвалидов рекомендуется сочетание плавательного бассейна и зала для общей физической подготовки, оснащенного различным оборудованием для игр и физкультурных занятий. Размеры ванн и залов определяются в соответствии с заданием на проектирование.

Рекомендованная глубина специализированных ванн бассейнов, в том числе используемых универсально, составляет, м:

0,6-0,85 - оздоровительно-тренировочная;

0,7-1,0 - плескательная свободной формы для детей 6-12 лет;

0,6-1,35 - учебная для обучения плаванию детей;

0,8-1,35 - учебная для обучения плаванию взрослых;

1,2-1,45 - для физкультурно-оздоровительного плавания всех категорий пользователей.

Для занятий инвалидов в режиме попеременного и совместного использования с другими категориями населения рекомендуется предусматривать следующие основные помещения:

в составе сооружений физкультурно-оздоровительного клуба микрорайона - зал или помещение для физкультурно-оздоровительных занятий;

в составе физкультурно-оздоровительного центра муниципального района: универсальный зал, один из специализированных залов, одну из физкультурно-оздоровительных ванн бассейна;

в составе комплекса физкультурно-рекреационных сооружений - 1-2 помещения для физкультурно-оздоровительных занятий;

специализированные залы для игр, используемые инвалидами, в составе районных сооружений.

Вдоль стен зала у специальных ванн бассейна и на входах в зал из помещений для переодевания и душевых следует устанавливать горизонтальные поручни на высоте от пола в пределах от 0,9 до 1,2 м, а в залах с бассейном для детей - на уровне 0,5 м от пола.

Для ориентирования лиц с полной потерей зрения (незрячих) и слабовидящих рекомендуется также размещение резиновых рифленых полос на основных путях движения по залам бассейна (рис. 5.2 и 5.3).

Размеры и варианты использования инвалидами крытых физкультурно-спортивных сооружений массового типа следует принимать по Рекомендациям по проектированию окружающей среды, зданий и сооружений с учетом потребностей инвалидов и других маломобильных групп населения (выпуски 12, 13. - М.: 1997).

Рекомендуется обеспечивать доступность для инвалидов во все вспомогательные помещения (кроме, как правило, административно-служебных и технических) в учебно-тренировочных физкультурно-спортивных сооружениях: во входные и рекреационные помещения (вестибюли, гардеробы, зоны отдыха, буфеты), блоки раздевальных, душевых и санузлов (рис. 5.4), тренерские и учебно-методические помещения, медико-реабилитационные помещения (медицинские комнаты, сауны, массажные и др.).

Места для переодевания инвалидов могут быть предусмотрены:

в общих раздевальных;

в индивидуальных кабинках для переодевания, в отдельных помещениях «семейных раздевальных» (раздевальных для инвалидов с сопровождающими).

Площадь раздевальных с учетом возможности посещения инвалидами рекомендуется принимать:

на одного занимающегося в залах - не менее 3,8 м², на одного занимающегося в бассейнах с залом подготовительных занятий - 4,5 м² (для общих раздевальных);

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 35
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-15. ТЕМА 15.1. Цель, задачи, функции и принципы адаптивного физического воспитания

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «Адаптивное физическое воспитание».
2. Цель и задачи адаптивного физического воспитания (АФВ) (общие: образовательная, развивающая, воспитательная; и специальные: коррекционная, компенсаторная, профилактическая).
3. Классификация и характеристика функций АФВ: образовательная, развивающая, воспитательная, коррекционная, компенсаторная и профилактическая.
4. Классификация и характеристика принципов АФВ: общеметодических (научности, сознательности и активности, наглядности, доступности, систематичности и прочности) и специально-методических (диагностирования, коррекционно-развивающей, компенсаторной и профилактической направленности).

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Цель, задачи и принципы АФВ

1. Понятие «Адаптивное физическое воспитание».

Адаптивное физическое воспитание -это физкультурное образование, направленное на формирование у инвалидов и людей с отклонениями в состоянии здоровья комплекса специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков; на развитие широкого круга основных физических и специальных качеств, повышение функциональных возможностей различных органов и систем человека, на становление, сохранение и использование оставшихся в наличии телесно-двигательных качеств инвалида.

2. Цель и задачи адаптивного физического воспитания (АФВ) (общие: образовательная, развивающая, воспитательная; и специальные: коррекционная, компенсаторная, профилактическая).

Цель АФВ – создать начальную базу для разностороннего развития физических способностей и двигательных навыков, сформировать предпосылки для их значительного развития.

АФВ отражает необходимость общества в планомерной, систематической и целенаправленной физической подготовке инвалидов к практической жизнедеятельности. Оно является необходимой предпосылкой для занятий массовым спортом и непременным условием формирования физической культуры личности инвалида.

Задачи адаптивного физического воспитания.

В адаптивном физическом воспитании следует рассматривать *образовательные, оздоровительные, воспитательные и коррекционные задачи.*

К образовательным задачам АФВ относятся те, которые направлены на формирование, закрепление и совершенствование двигательных умений и навыков, необходимых инвалиду.

Решение задач по формированию двигательных умений и навыков в работе с инвалидами предполагает, прежде всего, помощь естественному процессу формирования возрастных моторных функций. Необходимо формирование тех двигательных умений и навыков, которые инвалид самостоятельно не может освоить из-за патологических изменений двигательной сферы.

При многократном повторении идёт совершенствование моторной и сенсорной ориентировки, разлитое возбуждение постепенно переходит в строго дифференцированный импульс. Неоформленная генерализованная двигательная реакция замещается целевым дифференцированным актом. Идёт совершенствование и тренировка нервно-мышечного аппарата.

Оздоровительные задачи предполагают организацию работы таким образом, чтобы оказывать влияние не только на общее состояние, но и восстанавливать те или иные нарушенные болезнью функции организма. Эти задачи включают в себя:

- физическое оздоровление;
- создание условий для правильного физического развития;
- закаливание;
- коррекцию особенностей соматического состояния (коррекция акта дыхания, нарушений сердечно-сосудистой системы).

Воспитательные задачи предполагают выработку определённых характерологических черт (воля, настойчивость, чувство коллективизма, организованности, активности, смелости и т.д.), обеспечивают стимуляцию психического развития. Развивается внимание, память, находчивость, улучшается ориентация, осуществляется развитие интеллекта.

Воспитание основных физических качеств (силы, ловкости, быстроты, выносливости) инвалидов до недавнего времени считалось нецелесообразным в связи с комплексным поражением организма и мнением о невозможности их полноценного приспособления к самостоятельной

жизни. В настоящее время вопросу воспитания физических качеств уделяется должное внимание, и этот процесс может осуществляться весьма эффективно.

В АФВ инвалидов выявляется ряд специальных коррекционных задач, имеющих самостоятельное значение, но тесно взаимосвязанных. Это прежде всего задачи, включённые в компенсацию основного дефекта и в коррекцию вторичных нарушений, обусловленных основным заболеванием, и выполнения таких двигательных заданий, которые развивают:

- мышечно-суставное чувство;
- ориентировку в пространстве и времени;
- степень напряжения и расслабления мышц;
- память на последовательность движений;
- внимание к своим движениям и действиям;
- умение выполнять движения по словесной инструкции;
- анализ движений по качеству их выполнения.

Правильно подобранные и дозированные упражнения, являются мощными афферентациями, адресованными в различные отделы ЦНС, которые изменяют соотношение возбудительных и тормозных процессов в коре больших полушарий и могут быть направлены на перестройку патологических условных рефлексов, возникших в процессе заболевания.

3. Классификация и характеристика функций АФВ: образовательная, развивающая, воспитательная, коррекционная, компенсаторная и профилактическая.



4. Классификация и характеристика принципов АФВ: общеметодических (научности, сознательности и активности, наглядности, доступности, систематичности и прочности) и

специально-методических (диагностирования, коррекционно-развивающей, компенсаторной и профилактической направленности).

Принципы АФВ. Процесс адаптивного физического воспитания основывается на следующих методических принципах: *доступности, наглядности, систематичности, прочности, дифференциально-интегральных оптимумов.*

Принцип доступности.

Принцип требует соблюдения следующих правил:

- знать возрастные особенности занимающихся;
- изучать и учитывать индивидуальные особенности занимающихся;
- соблюдать правила («от известного к неизвестному», «от лёгкого к трудному»).

Принцип наглядности.

Этот принцип имеет большое значение при изучении новых физических упражнений. Наглядность в процессе обучения обеспечивается, в первую очередь, демонстрацией отдельных упражнений или техники отдельных элементов возможно в более совершенном исполнении. Как правило, следует показывать образцы техники или образцовое выполнение упражнений. Для этого необходимы: образцовый показ физических упражнений педагогом, использование диаграмм, рисунков, макетов, плакатов и других наглядных пособий.

Специфичным содержанием принципа наглядности при обучении физическим упражнениям является создание у занимающихся точных и полных представлений об изучаемых движениях. Для этого важно обеспечить тесную функциональную взаимосвязь различных анализаторов (зрительного, двигательного, тактильного, слухового и др.).

Объяснение станет по-настоящему образным и сможет вызвать нужные ассоциации, если оно будет опираться на жизненный опыт инвалида.

Мастерство специалиста в этом случае будет заключаться в умении найти сходные, знакомые инвалидам признаки физических упражнений с учётом их двигательного опыта. Чем ярче, эмоциональнее будут наведены эти ассоциативные «мосты», тем эффективнее будет осваиваться двигательный материал. При изучении комплекса упражнений педагог должен по возможности, расширять свой диапазон сравнений и предметных заданий. Такая форма объяснений, как сравнение и образцовый показ физических упражнений, наиболее адекватна для восприятия инвалидами.

Чтобы обеспечить наглядность в обучении, следует руководствоваться следующими правилами:

- определить, какая педагогическая задача должна быть решена средствами наглядности;
- организовать восприятие движений с помощью разных органов чувств;
- применяя средства наглядности, учитывать предыдущий двигательный опыт и знание занимающимися физических упражнений;
- заранее продумать активное и сознательное восприятие нового учебного материала;

- использовать непосредственную и опосредованную демонстрацию как средство исправления двигательных ошибок у занимающихся.

Принцип систематичности.

Формирование двигательных навыков у инвалидов происходит в соответствии с закономерностями условно-рефлекторной деятельности. Известно, что условные рефлексы носят характер временных связей. Они угасают или даже совсем исчезают в тех случаях, когда не повторяются условия, их породившие. Поэтому всякие непредвиденные перерывы в занятиях, как и недостаточная дозировка (повторность) упражнений в каждом из них, нежелательны, так как занимающиеся теряют способность чётко выполнять отдельные двигательные действия, хуже согласовывают их, утрачивают так называемое мышечное чувство пространства и времени в условиях двигательной деятельности.

Но подготовка занимающихся инвалидов не может быть сведена к хаотическому повторению различных упражнений. Она представляет сложную систему взаимообусловленных средств и методов обучения двигательным качествам. В соответствии с этой системой последовательность основных упражнений должна соответствовать решению конкретных задач каждого из этапов двигательной подготовки инвалидов, подбор и повторность упражнений должны отвечать закономерностям «переноса» двигательных навыков и физических качеств, а чередование нагрузок и отдыха – неизменному повышению функциональных возможностей организма занимающихся инвалидов.

При систематических занятиях инвалиды достаточно эффективно осваивают навыки, а также получают оптимальную функциональную подготовку. Наряду с постепенным усложнением заданий от занятия к занятию увеличивается и физическая нагрузка. Поэтому специалист должен регулировать величину физических нагрузок изменением интенсивности выполняемых упражнений, темпа их выполнения, продолжительности отдыха между упражнениями и т.д.

Принцип прочности.

Прочность отдельных навыков играет важную роль в дальнейшем изучении новых видов двигательной деятельности, когда вследствие ряда обстоятельств недостаточно упроченный навык расстраивается, возникают условия формирования двигательных ошибок. Необходимыми условиями выработки прочного навыка являются: сознательное его усвоение (чем с большей сознательностью навык формируется, тем прочнее он закрепляется); многократное систематическое повторение освоенного материала (благодаря чему создаются предпосылки для более эффективного усвоения новых упражнений, для сохранения силы, гибкости, быстроты и выносливости), так называемое попутное повторение.

Прочность освоенных навыков зависит не только от методов обучения, но и от координационных особенностей некоторых физических упражнений.

Для реализации в АФВ принципа прочности следует руководствоваться следующими правилами:

- не переходить к изучению новых упражнений, пока не будет основательно изучен текущий материал;
- включать в занятия ранее изученные упражнения в новых сочетаниях и вариантах;
- повышать интенсивность и длительность выполнения освоенных упражнений;
- систематически вести учёт успеваемости и оценивать достижения занимающихся, проводить нормативные и разрядные испытания, соревнования и выступления.

Принцип дифференциально-интегральных оптимумов.

От латинского - optimum – наилучшее. Следовательно, оптимумы – это совокупность наиболее благоприятных условий.

Применение физических нагрузок различного содержания в профилактических и коррекционных целях, должно строиться на основе глубокого знания специалистом функционального состояния нервно-мышечной системы инвалидов. Знание закономерностей функционирования нервно-мышечной системы в условиях двигательной деятельности обеспечит применение оптимальных локальных и интегральных физических нагрузок.

Эффективность применения педагогических факторов оптимального уровня воздействия реализуется в двух основных педагогических аспектах:

- 1-й аспект – компоненты физической нагрузки;
- 2-й аспект – качественные изменения в результате оптимальной мощности педагогических факторов

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.

2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.

3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н.

Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.

4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.

5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева . - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.

6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.

5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ. культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 36
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-15. ТЕМА 15.2. Нормативно-правовые основы адаптивного физического воспитания

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Закон «О специальном образовании» – как основной нормативный документ, регламентирующий деятельность учреждений, осуществляющих воспитание и образование детей с нарушениями в развитии.
2. Значение Законов Республики Беларусь «Об образовании», «О физической культуре и спорте», «О социальной защите инвалидов», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» для развития АФВ.
3. Характеристика содержания документа «О специфике деятельности (коррекционных) образовательных учреждениях I-VIII видов».

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида

1. Специальное (коррекционное) образовательное учреждение (далее - коррекционное учреждение) I вида создается для обучения и воспитания незлышащих детей, их всестороннего развития в тесной связи с формированием словесной речи как средства общения и мышления на слухо-зрительной основе, коррекции и компенсации отклонений в их психофизическом развитии, для получения общеобразовательной, трудовой и социальной подготовки к самостоятельной жизни.
2. Коррекционное учреждение I вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнем общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:
1-я ступень - начальное общее образование (нормативный срок освоения - 5-6 лет (в зависимости от учебных предметов) или 6-7 лет (с учетом подготовительного класса));
2-я ступень - основное общее образование (нормативный срок освоения - 5-6 лет);
3-я ступень - среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения - 2 года).
3. На первой ступени общего образования в начальных классах (1 - 3-й классы) проводится работа по становлению личности ребенка, выявлению и

целостному развитию его способностей, формированию у школьников умения и желания учиться. В начальных классах у учащихся формируется речевая деятельность (умение вступать в общение с окружающими, воспринимать речь окружающих на слухо-зрительной основе и обмениваться информацией). В средних классах (4 - 6-й классы) продолжается работа по формированию личности неслышащего ребенка, его учебной деятельности, развитию устной и письменной речи, совершенствованию умения пользоваться языком как средством общения, по развитию познавательных способностей и навыков самостоятельной умственной деятельности.

На второй ступени общего образования (7 - 10-й классы) продолжается работа по формированию личности неслышащего воспитанника, закладывается фундамент общеобразовательной и трудовой подготовки, необходимой для продолжения образования, полноценного включения обучающегося, воспитанника в жизнь общества. Продолжается систематическая работа по развитию устной и письменной речи обучающихся, коррекции их произношения и развитию слухового восприятия. На третьей ступени общего образования у обучающихся совершенствуется устная и письменная речь, продолжается коррекционная работа по формированию произношения и развитию остаточного слуха. Проводится специальная работа по социально-трудовой адаптации.

4. В 1-й класс коррекционного учреждения I вида принимаются, как правило, дети с 7-летнего возраста.

5. Для детей, не получивших полной дошкольной подготовки, организуется подготовительный класс.

6. Специфика образовательного процесса в коррекционном учреждении I вида состоит в преодолении недостатков психического и речевого развития воспитанников, затрудняющих усвоение основ наук, с использованием специальных средств обучения (звукоусиливающей аппаратуры), методов обучения и определенным образом структурированного содержания обучения. Проводятся фронтальные и индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и совершенствованию навыков произношения в ходе всего образовательного процесса. На занятиях по ознакомлению с окружающим миром и музыкально-ритмических, а также по всем общеобразовательным предметам обеспечиваются активная речевая практика, развитие нарушенной звуковой функции, создание слухоречевой среды на основе использования звукоусиливающей аппаратуры, формирование на слуховой основе речи воспитанников, по своему звучанию приближенной к естественной. Широко используется предметно-практическое обучение как основа общего и речевого развития, формирования познавательной активности, осознанности в приобретении знаний. Коррекционная работа проводится с широким использованием специализированных технических средств (электроакустическая аппаратура, компьютерная техника и другие технические средства).

7. По желанию воспитанников, их родителей (законных представителей) возможно введение в учебный план факультативного курса обучения жестовой речи. Сроки введения курса и его продолжительность определяются коррекционным учреждением.

8. В составе образовательного учреждения I вида организуются классы для глухих детей со сложной структурой дефекта (умственной отсталостью, задержкой психического развития и др.), работа в которых организуется по специальным учебным планам и программам.

9. Наполняемость класса-группы до 6 человек, в классах для детей со сложной структурой дефекта - до 5 человек.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение II вида

1. Коррекционное учреждение II вида создается для обучения и воспитания слабослышащих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших детей (оглохших в дошкольном или школьном возрасте, но сохранивших самостоятельную речь), всестороннего их развития на основе формирования словесной речи, подготовки к свободному речевому общению на слуховой и слухозрительной основе.

2. Обучение слабослышащих детей имеет коррекционную направленность, способствующую преодолению отклонений в развитии. При этом в ходе всего образовательного процесса особое внимание уделяется развитию слухового восприятия и работе над формированием устной речи. Воспитанникам обеспечивается активная речевая практика путем создания слухо-речевой среды (с использованием звукоусиливающей аппаратуры), позволяющей формировать на слуховой основе речь, приближенную к естественному звучанию.

3. Для обеспечения дифференцированного подхода в обучении слабослышащих и позднооглохших детей создаются два отделения: 1-е отделение - для воспитанников с легким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха; 2-е отделение - для воспитанников с глубоким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха.

4. Коррекционное учреждение II вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

1-я ступень - начальное общее образование (нормативный срок освоения в 1-м отделении - 4-5 лет, во 2-м отделении - 5-6 или 6-7 лет);

2-я ступень - основное общее образование (нормативный срок освоения в 1 и 2-м отделениях - 6 лет);

3-я ступень - среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения в 1-м отделении - 2 года).

4. На 1-й ступени общего образования осуществляется коррекция словесной речи на основе использования развивающейся слуховой функции

и навыков слухо-зрительного восприятия, накопление словарного запаса, практическое овладение грамматическими закономерностями языка, навыками связной речи, развитие внятной речи, приближенной к естественному звучанию.

5. На 2-й ступени общего образования проводится коррекционная работа по дальнейшему развитию речи, слухового восприятия и навыков произношения.

На 3-й ступени общего образования обеспечивается овладение воспитанниками устной и письменной речью до уровня, необходимого для интеграции их в общество.

6. В соответствии с уровнем общего и речевого развития воспитанников, достигнутым в процессе обучения, с согласия родителей (законных представителей) по заключению психолого-медико-педагогической комиссии воспитанники могут переводиться из одного отделения в другое.

7. В 1-й класс (группу) 1 и 2-го отделений зачисляются дети с 7-летнего возраста, посещавшие дошкольные образовательные учреждения. Для детей 6 - 7-летнего возраста, не посещавших дошкольные образовательные учреждения, во 2-м отделении может быть организован подготовительный класс.

8. Наполняемость класса (группы), группы продленного дня в 1-м отделении - до 10 человек. Наполняемость класса (группы), группы продленного дня во 2-м отделении - до 8 человек.

9. Для позднооглохших воспитанников (независимо от возраста) с целью восстановления их устной коммуникации со слышащими организуется специальная индивидуальная помощь по обучению восприятия устной речи на зрительной (чтение с губ), слухо-зрительной и зрительно-вибрационной основе.

10. Для развития слухового восприятия и формирования произношения проводятся индивидуальные и групповые занятия с использованием звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования и индивидуальных слуховых аппаратов.

11. Работа по развитию слухового восприятия и автоматизации навыков произношения с использованием фонетической ритмики, и различных видов деятельности, связанных с музыкой, осуществляется на музыкально-ритмических занятиях.

12. По желанию воспитанников 2-го отделения и их родителей (законных представителей) в учебный план возможно введение факультативных курсов обучения жестовой речи или иностранному языку. Сроки введения курса и его продолжительность определяются коррекционным учреждением.

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения III и IV видов

1. Коррекционные учреждения III и IV видов обеспечивают обучение, воспитание, коррекцию первичных и вторичных отклонений в развитии воспитанников с нарушениями зрения, развитие сохранных анализаторов, формирование коррекционно-компенсаторных навыков, способствующих социальной адаптации воспитанников в обществе. При необходимости может быть организовано совместное (в самом коррекционном учреждении) обучение незрячих и слабовидящих детей, детей с косоглазием и амблиопией. Для формирования у воспитанников компенсаторных процессов проводятся групповые и индивидуальные коррекционные занятия по развитию осязательного (III вид) и зрительного восприятия, речи, социально-бытовой и пространственной ориентировке, ритмике, лечебной физкультуре, формированию навыков общения.

2. В коррекционное учреждение III вида принимаются незрячие дети, а также дети с остаточным зрением (0,04 и ниже) и более высокой остротой зрения (0,08) при наличии сложных сочетаний нарушений зрительных функций, с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте.

3. В 1-й класс (группу) коррекционного учреждения III вида принимаются дети 6-7 лет, допускается также прием детей свыше указанного возраста на 1-2 года.

4. Количество воспитанников в классе (группе), группе продленного дня в коррекционном учреждении III вида - до 8 человек.

5. Коррекционное учреждение III вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

1-я ступень - начальное общее образование (нормативный срок освоения - 4-5 лет);

2-я ступень - основное общее образование (нормативный срок освоения - 5-6 лет);

3-я ступень - среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения - 2 года).

Общий срок обучения - 12 лет.

6. В коррекционное учреждение IV вида принимаются слабовидящие дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу с переносимой коррекцией. При этом учитывается состояние других зрительных функций (поле зрения, острота зрения для близи), форма и течение патологического процесса. Также могут быть приняты дети с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях, при наличии астенических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии. Кроме того, в коррекционное учреждение IV вида принимаются дети с косоглазием и

амблиопией, имеющие более высокую остроту зрения (выше 0,4), для продолжения лечения зрения.

7. В 1-й класс (группу) коррекционного учреждения IV вида, как правило, принимаются дети 6 - 7-летнего возраста.

8. Количество воспитанников в классе (группе), группе продленного дня в коррекционном учреждении IV вида - до 12 человек.

9. Коррекционное учреждение IV вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

1-я ступень - начальное общее образование (нормативный срок освоения - 4 года);

2-я ступень - основное общее образование (нормативный срок освоения - 6 лет);

3-я ступень - среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения - 2 года).

10. На 1-й ступени общего образования выявляются индивидуальные возможности воспитанников. Коррекционная направленность образовательного процесса осуществляется на уроках по общеобразовательным предметам, а также занятиях по социально-бытовой ориентировке, развитию зрительного и осязательного восприятия речи, по пространственной ориентировке, ритмике, лечебной физкультуре, логопедии, по формированию навыков общения. Это способствует приобретению воспитанниками специфических умений и навыков, приемов самоконтроля и самопроверки, осуществляются занятия по элементарной социально-бытовой ориентировке. Восполняются пробелы дошкольного образования, расширяются знания об окружающем мире специфическими для данной категории воспитанников способами. На 2-й ступени общего образования проводится работа по дальнейшему формированию коррекционно-компенсаторных навыков в соответствии с возрастом воспитанников, продолжают коррекционные занятия, увеличивается объем занятий по развитию навыков общения, социально-бытовой ориентировке и ориентировке в пространстве, способствующих их социальной реабилитации, адаптации и интеграции в среду зрячих. На 3-й ступени общего образования завершается обучение по общеобразовательным предметам (в соответствии с учебной программой), совершенствуются навыки воспитанников по ориентировке в пространстве и создаются условия для сознательного и активного включения их в жизнь общества.

11. Обучение воспитанников с нарушениями зрения осуществляется с широким использованием тифлоприборов и специального оборудования с учетом структуры зрительного дефекта, степени и характера нарушения зрения. При этом обучение незрячих базируется на использовании осязательного и зрительно-осязательного восприятия. Основой обучения является система Брайля.

Используется нестандартный дидактический материал и особые средства наглядности, позволяющие расширить рамки доступности учебной и другой информации.

12. Для детей 5-7 лет могут быть организованы дошкольные группы или подготовительные классы.

13. В штаты коррекционных учреждений III-IV видов вводится должность логопеда из расчета не менее 1 единицы на 20 воспитанников с нарушениями речи.

14. В штаты коррекционных учреждений III - IV видов вводится должность сестры-ортоптистки из расчета не менее 1 единицы на 20 воспитанников с глазными заболеваниями.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение V вида

1. Коррекционное учреждение V вида создается для обучения и воспитания детей с тяжелой речевой патологией, оказания им специализированной помощи, способствующей преодолению нарушений речи и связанных с ними особенностей психического развития.

2. Коррекционное учреждение V вида имеет в своем составе два отделения. В зависимости от местных условий коррекционное учреждение V вида может иметь в своем составе одно отделение.

3. В 1-е отделение принимаются дети, имеющие общее недоразвитие речи тяжелой степени (алалия, дизартрия, ринолалия, афазия), а также дети, страдающие общим недоразвитием речи, сопровождающимся заиканием.

4. Во 2-е отделение принимаются дети с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи.

5. В составе 1 и 2-го отделений могут комплектоваться классы (группы) из воспитанников, имеющих однородные дефекты речи, с обязательным учетом уровня их речевого развития.

6. В случае устранения речевого дефекта воспитанники коррекционного учреждения с согласия родителей (законных представителей) и на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии переводятся в образовательное учреждение общего типа.

7. Коррекционное учреждение V вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

в 1-м отделении:

1-я ступень - начальное общее образование (нормативный срок освоения - 4 - 5 лет);

2-я ступень - основное общее образование (нормативный срок освоения - 6 лет);

во 2-м отделении:

1-я ступень - начальное общее образование (нормативный срок освоения - 4 года);

2-я ступень - основное общее образование (нормативный срок освоения - 6 лет).

8. На 1-й ступени общего образования обеспечиваются: коррекция различных проявлений речевого дефекта (нарушения звукопроизношения, голоса, темпа речи, фонематического слуха, аграмматизмы, дисграфия, дислексия) и обусловленных ими отклонений в психическом развитии воспитанника, первоначальное становление его личности, выявление и целостное развитие его способностей, формирование у воспитанника умения и желания учиться. Воспитанники приобретают навыки фонематически правильной разговорной речи, расширяют лексический запас, учатся грамматически правильно оформлять высказывания. На 2-й ступени общего образования развиваются полноценные навыки устной разговорной и письменной литературной речи, необходимые воспитанникам для их полноценного включения в жизнь общества.

9. Для воспитанников, имеющих общее недоразвитие речи (I - II уровень по классификации Р.Е.Левиной), может быть организован подготовительный класс. Прием детей в подготовительный класс осуществляется с 6 - 8-летнего возраста, в 1-й класс - с 7-9-летнего возраста.

10. Наполняемость класса (группы), группы продленного дня - до 12 человек.

11. Коррекция речевых нарушений и связанных с ними особенностей развития воспитанника осуществляется в процессе обучения и воспитания на всех уроках, внеклассных и других мероприятиях в условиях соблюдения речевого режима и обеспечивает формирование и полноценное развитие речи воспитанников, устранение у них дефектов устной речи, письма, чтения.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VI вида

1. Коррекционное учреждение VI вида создается для обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (с двигательными нарушениями различной этиологии и степени выраженности, детским церебральным параличом, с врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата, вялыми параличами верхних и нижних конечностей, парезами и парапарезами нижних и верхних конечностей), для восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития детей, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практической деятельности.

2. Коррекционное учреждение VI вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ трех ступеней общего образования:

1-я ступень - начальное общее образование (нормативный срок освоения - 4-5 лет);

2-я ступень - основное общее образование (нормативный срок освоения - 6 лет);

3-я ступень - среднее (полное) общее образование (нормативный срок освоения - 2 года).

3. На 1-й ступени общего образования решаются задачи комплексной коррекции, направленной на формирование всей двигательной сферы воспитанников, их познавательной деятельности и речи. На 2-й ступени общего образования закладывается фундамент общеобразовательной и трудовой подготовки, продолжается коррекционно-восстановительная работа по развитию двигательных, мыслительных, речевых навыков и умений, обеспечивающих социально-трудовую адаптацию воспитанников. На 3-й ступени общего образования завершается обучение воспитанников по общеобразовательным программам, создаются условия для сознательного и активного включения их в жизнь общества.

4. В 1-й класс (группу) принимаются, как правило, дети с 7-летнего возраста, допускается также прием детей свыше указанного возраста на 1-2 года.

5. Для детей, не посещавших дошкольные образовательные учреждения, открывается подготовительный класс.

6. Количество воспитанников в классе (группе), группе продленного дня - до 10 человек.

7. Трудовое обучение строится с учетом возможностей, интересов воспитанников, включает в себя систему трудотерапии, направленную на восстановление, компенсацию и развитие трудовых умений и навыков, является основой для профессиональной подготовки.

8. В штаты коррекционного учреждения вводится должность логопеда из расчета не менее 1 единицы на 15 - 20 воспитанников с нарушениями речи.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VII вида

1. Коррекционное учреждение VII вида создается для обучения и воспитания детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость, для обеспечения коррекции их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизации познавательной деятельности, формирования навыков и умений учебной деятельности.

2. Коррекционное учреждение VII вида осуществляет образовательный процесс в соответствии с уровнями общеобразовательных программ двух ступеней общего образования:

1-я ступень - начальное общее образование (нормативный срок освоения - 3 - 5 лет).

2-я ступень - основное общее образование (нормативный срок освоения - 5 лет).

3. Прием детей в коррекционное учреждение VII вида осуществляется только в подготовительный, 1-й и 2-й классы (группы) (в 3-й класс - в порядке исключения). Дети, начавшие обучение в общеобразовательном учреждении с 7-летнего возраста, принимаются во 2-й класс (группу) коррекционного учреждения. Дети, начавшие обучение в общеобразовательном учреждении с 6-летнего возраста, принимаются в 1-й класс (группу) коррекционного учреждения. Дети, ранее не обучавшиеся в общеобразовательном учреждении и показавшие недостаточную готовность к освоению общеобразовательных программ, принимаются с 7-летнего возраста в 1-й класс (группу) коррекционного учреждения (нормативный срок освоения - 4 года); с 6-летнего возраста - в подготовительный класс (нормативный срок освоения - 5 лет).

4. Наполняемость класса (группы), группы продленного дня - до 12 человек.

5. Перевод воспитанников в общеобразовательное учреждение осуществляется по мере коррекции отклонений в их развитии после получения начального общего образования. С целью уточнения диагноза воспитанник может находиться в коррекционном учреждении VII вида в течение одного года.

6. В целях коррекции отклонений в развитии воспитанников, ликвидации пробелов в знаниях проводятся индивидуальные и групповые занятия (не более трех воспитанников), коррекционные занятия.

7. Воспитанники, имеющие речевые нарушения, получают логопедическую помощь на специально организуемых логопедических занятиях (индивидуально или в группе из 2 - 4 человек).

8. В штаты коррекционного учреждения вводится должность логопеда из расчета не менее 1 единицы на 15 - 20 воспитанников.

Специальное (коррекционное) образовательное учреждение VIII вида

1. Коррекционное учреждение VIII вида создается для обучения и воспитания детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество.

2. Сроки обучения в коррекционном учреждении VIII вида могут быть девять-одиннадцать лет (с выдачей обучающимся свидетельств установленного образца). В коррекционном учреждении VIII вида с 10 - 11-летним образованием трудовое обучение в 10-11-х классах, при наличии производственной базы, носит характер углубленной трудовой подготовки обучающихся.

3. Классы (группы) с углубленной трудовой подготовкой создаются в коррекционном учреждении VIII вида, имеющем необходимую материальную базу для углубленной трудовой подготовки, проведения производственной практики. Продолжительность рабочего дня во время производственной практики определяется законодательством. Руководство производственной практикой осуществляет учитель трудового обучения.

4. В классы (группы) с углубленной трудовой подготовкой принимаются воспитанники, окончившие 9-й (10-й) класс. Квалификационные разряды отдельным, хорошо усвоившим профессию, выпускникам присваиваются только администрацией заинтересованного предприятия или учреждения начального профессионального образования. Обучающимся, не получившим квалификационного разряда, выдается документ об окончании и характеристика с перечнем работ, которые выпускники способны выполнять самостоятельно.

5. В коррекционном учреждении VIII вида организуется обучение разным по уровню сложности видам труда с учетом интересов воспитанников и в соответствии с их психофизическими возможностями, с учетом местных условий, потребности в рабочих кадрах, возможностей трудоустройства выпускников, продолжения их обучения в специальных группах учреждений начального профессионального образования.

6. Обучение в коррекционном учреждении VIII вида завершается аттестацией (экзаменом) по трудовому обучению, состоящему из двух этапов: практической работы и собеседования по вопросам материаловедения и технологии изготовления изделия. Воспитанники коррекционного учреждения VIII вида могут быть освобождены от аттестации по состоянию здоровья в порядке, определяемом Министерством образования. Указанные сроки обучения могут быть увеличены на 1 год за счет открытия подготовительного класса.

7. В подготовительный класс, 1-й класс (группу) принимаются дети, как правило, в возрасте 7--8 лет.

8. В подготовительный класс принимаются дети с недостаточным уровнем подготовленности к обучению. Целью подготовительного класса является также уточнение диагноза ребенка в процессе образовательной и лечебной работы, определение адекватности форм организации его обучения и воспитания. Наполняемость подготовительного класса не должна превышать 6 - 8 человек.

9. В первые четыре года осуществляется всестороннее психолого-медико-педагогическое изучение личности умственно отсталого воспитанника, выявление его возможностей и индивидуальных особенностей с целью выработки форм и методов организации образовательного процесса. Воспитанникам прививается интерес к получению знаний, формируются навыки учебной деятельности, самостоятельности. Проводится работа по общему и речевому развитию воспитанников, коррекции нарушений моторики, отклонений в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, поведении.

10. В старших классах (группах) воспитанники получают знания по общеобразовательным предметам, имеющие практическую направленность и соответствующие их психофизическим возможностям, навыки по различным профилям труда. Воспитанникам прививаются навыки самостоятельной работы, с этой целью они включаются в трудовую деятельность в учебных мастерских, подсобных хозяйствах, на предприятиях, в учреждениях и организациях.

11. Количество воспитанников в 1 - 9-х, 10-х классах (группах), группах продленного дня - до 12 человек. В коррекционном учреждении VIII вида организуется обучение разным по уровню сложности видам труда с учетом интересов воспитанников и в соответствии с их психофизическими возможностями, с учетом местных условий, потребности в рабочих кадрах, возможностей трудоустройства выпускников, продолжения их обучения в специальных группах учреждений начального профессионального образования.

12. Для воспитанников, имеющих специфические речевые нарушения, организуются групповые (2 - 4 человека) и индивидуальные логопедические занятия. В штаты коррекционного учреждения вводится должность логопеда из расчета не менее 1 единицы на 15 - 20 воспитанников.

13. В коррекционном образовательном учреждении VIII вида могут создаваться и функционировать классы для детей с глубокой умственной отсталостью, наполняемость которых не должна превышать 8 человек.

14. Классы, группы, группы продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью создаются в системе специальных (коррекционных) образовательных учреждений с целью максимально возможной социализации этой категории детей, их допрофессиональной подготовки для последующего профессионального обучения и трудоустройства в учреждениях органов социальной защиты или для индивидуальной трудовой деятельности.

15. При организации классов, групп, групп продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью в устав коррекционного учреждения вносятся соответствующие изменения.

16. В классы, группы, группы продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью принимаются дети, имеющие умеренную степень умственной отсталости.

17. Учебные планы и программы классов, групп, групп продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью разрабатываются коррекционным учреждением на базе основных общеобразовательных программ с учетом особенностей психофизического развития и возможностей воспитанников и утверждаются советом коррекционного учреждения.

18. В классах, группах, группах продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью организуется обучение простейшим видам труда с учетом особенностей психофизического развития обучающихся, воспитанников и возможностей последующего трудоустройства, в т.ч. в

учреждения органов социальной защиты. Приоритетными направлениями такой работы являются: укрепление и охрана здоровья, физическое развитие ребенка; формирование и развитие коммуникативной и когнитивной функции речи; формирование и развитие продуктивных видов деятельности, социального поведения, коммуникативных умений; включение обучающихся в домашний, хозяйственный, прикладной и допрофессиональный труд; расширение социальных контактов с целью формирования навыков социального общежития, нравственного поведения, знаний о себе, о других людях, об окружающем микросоциуме; формирование на доступном уровне простейших навыков счета, чтения, письма, знаний о природе и окружающем мире, основ безопасной жизнедеятельности; развитие творческих умений средствами предметной и игровой деятельности.

19. Классы, группы, группы продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью могут быть организованы в коррекционном учреждении при наличии соответствующих условий.

20. Зачисление в классы, группы, группы продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью производится на основании заявления родителей (законных представителей) по заключению психолого-медико-педагогической комиссии.

21. Обучающиеся, воспитанники коррекционного учреждения могут быть переведены в класс, группу, группу продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью с согласия родителей (законных представителей) на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии (пункт дополнительно включен).

22. В классы, группы, группы продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью принимаются дети, не имеющие медицинских противопоказаний для пребывания в коррекционном учреждении, владеющие элементарными навыками самообслуживания.

23. Сроки освоения образовательных программ в классах, группах, группах продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью определяются индивидуальными возможностями конкретного ребенка, но составляют не более 10 лет.

24. Распорядок коррекционных мероприятий устанавливается с учетом повышенной утомляемости и низкого уровня продуктивности обучающихся, воспитанников.

25. Коррекцию речевых недостатков и формирование речевых навыков осуществляют совместно учитель-логопед, учитель и воспитатель класса, группы, группы продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью.

26. Обучение труду осуществляет на начальном этапе учитель класса, группы, группы продленного дня для детей с глубокой умственной отсталостью, а на последующих этапах - учитель трудового обучения.

27. Социальную помощь, связь с родителями (законными представителями), органами социального развития, здравоохранения,

занятости населения и другими органами, и организациями осуществляет социальный педагог.

28. Медицинское обеспечение, в т.ч. занятия по ЛФК, массаж, физиотерапевтические и другие лечебно-оздоровительные мероприятия осуществляют медицинские работники.

29. В штат коррекционного учреждения VIII вида, имеющего в своей структуре классы, группы для глубоко умственно отсталых детей, вводятся дополнительные ставки воспитателя для круглосуточного обеспечения охраны жизни и здоровья воспитанников названных классов, проживающих в коррекционном учреждении.

4. Характеристика содержания документа «Типовое положение об образовательном учреждении дополнительного образования детей».

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

25 июля 2011 г. N 149

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

ПОЛОЖЕНИЕ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ

Глава 1. Общие положения.

1. Настоящее Положение определяет порядок деятельности учреждений дополнительного образования детей и молодежи, за исключением детских школ искусств, независимо от форм собственности.

2. Учреждение дополнительного образования детей и молодежи - учреждение образования, которое реализует образовательную программу дополнительного образования детей и молодежи, программу воспитания и защиты прав и законных интересов детей, находящихся в социально опасном положении, а также может реализовывать образовательную программу профессиональной подготовки рабочих (служащих), программу воспитания детей, нуждающихся в оздоровлении.

3. Учреждение дополнительного образования детей и молодежи в соответствии с законодательством Республики Беларусь обеспечивает:

качество образования;

подбор, прием на работу и расстановку кадров, повышение их квалификации;

материально-техническое обеспечение образовательного процесса в соответствии с установленными санитарными нормами, правилами и гигиеническими нормативами;

создание безопасных условий при организации образовательного процесса;

разработку и принятие правил внутреннего распорядка для учащихся, правил внутреннего трудового распорядка учреждения дополнительного образования детей и молодежи;

моральное и материальное стимулирование педагогических и иных работников учреждения дополнительного образования детей и молодежи;

выполнение иных обязанностей, установленных [Кодексом](#) Республики Беларусь об образовании, иными актами законодательства, уставом учреждения дополнительного образования детей и молодежи.

4. Учреждение дополнительного образования детей и молодежи является юридическим лицом, основной функцией которого является осуществление образовательной деятельности.

5. Создание, реорганизация и ликвидация учреждения дополнительного образования детей и молодежи осуществляются в порядке, установленном [Кодексом](#) Республики Беларусь об образовании и иными актами законодательства Республики Беларусь.

6. Учреждение дополнительного образования детей и молодежи осуществляет свою деятельность в соответствии с [Кодексом](#) Республики Беларусь об образовании, иными актами законодательства, настоящим Положением, уставом учреждения дополнительного образования детей и молодежи.

7. Учреждение дополнительного образования детей и молодежи может осуществлять приносящую доходы деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Глава 2. Структура учреждения дополнительного образования детей и молодежи.

8. Учреждение дополнительного образования детей и молодежи может иметь в своей структуре обособленные подразделения и структурные подразделения.

9. Учреждение дополнительного образования детей и молодежи может иметь в своей структуре следующие структурные подразделения: отделы, отделения, секторы, лаборатории, учебно-опытные участки и иные структурные подразделения.

10. В целях социальной адаптации обучающихся и оптимизации образовательного процесса в учреждении дополнительного образования детей и молодежи могут создаваться социально-педагогическая и психологическая службы.

Глава 3. Организация образовательного процесса.

11. Организация образовательного процесса при реализации образовательных программ дополнительного образования детей и молодежи в учреждении дополнительного образования детей и молодежи осуществляется в соответствии с [Кодексом](#) Республики Беларусь об образовании с учетом особенностей, предусмотренных настоящей главой.

12. Сроки приема в учреждение дополнительного образования детей и молодежи определяются его учредителем.

13. Прием лиц в учреждение дополнительного образования детей и молодежи оформляется приказом руководителя учреждения дополнительного образования детей и молодежи.

14. Структура учебного года определяется учреждением дополнительного образования детей и молодежи с учетом требований санитарных норм, правил и гигиенических нормативов.

15. Образовательная программа дополнительного образования детей и молодежи реализуется по профилям, определенным [статьей 229](#) Кодекса Республики Беларусь об образовании.

16. Профили образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи включают в себя направления деятельности, которые определяются учебно-программной документацией образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи.

17. Образовательный процесс при реализации образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи осуществляется в объединениях по интересам или индивидуально.

В случаях, предусмотренных учебно-программной документацией образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи, объединения по интересам могут делиться на две подгруппы.

18. Каждый учащийся имеет право выбора обучаться в одном или нескольких объединениях по интересам.

19. Основной формой организации образовательного процесса является занятие (урок).

20. Продолжительность занятий в учреждении дополнительного образования детей и молодежи формируется с учетом санитарных норм, правил и гигиенических нормативов.

21. Расписание занятий (уроков) утверждается руководителем учреждения дополнительного образования детей и молодежи.

22. Учет занятий (уроков) ведется в документах, необходимых для организации образовательного процесса в учреждении дополнительного образования детей и молодежи.

23. Занятия в учреждении дополнительного образования детей и молодежи художественного и культурно-досугового профилей в соответствии с учебно-программной документацией образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи могут проводиться в сопровождении концертмейстера (аккомпаниатора).

24. Получение дополнительного образования на дому - организация образовательного процесса, при которой освоение содержания образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи учащимся, который временно или постоянно не может посещать учреждение образования, осуществляется на дому.

25. Для учащихся, которые получают общее среднее образование или специальное образование на дому, создаются условия для получения дополнительного образования детей и молодежи на дому.

26. Решение о получении дополнительного образования детей и молодежи на дому принимается на основании заявления учащегося (законного представителя несовершеннолетнего учащегося).

27. Учащимся учреждений дополнительного образования детей и молодежи, освоившим содержание образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи с изучением учебных предметов, учебных дисциплин, образовательных областей, тем на повышенном уровне, выдается свидетельство о дополнительном образовании детей и молодежи.

28. В течение учебного года с учащимися учреждения дополнительного образования детей и молодежи проводится воспитательная работа.

29. Воспитательная работа организуется в соответствии с программно-планирующей документацией воспитания.

30. Во время каникул в учреждении дополнительного образования детей и молодежи могут проводиться занятия с переменным составом учащихся.

Глава 4. Управление учреждением дополнительного образования детей и молодежи.

31. Управление учреждением дополнительного образования детей и молодежи осуществляет директор, который назначается на должность и освобождается от должности учредителем.

32. Директор учреждения дополнительного образования детей и молодежи в своей деятельности взаимодействует с органами самоуправления учреждения дополнительного образования детей и молодежи.

33. Основным органом самоуправления учреждения дополнительного образования детей и молодежи является совет, возглавляемый директором.

34. В учреждении дополнительного образования детей и молодежи создается педагогический совет, а также могут создаваться попечительский совет и родительский комитет.

35. Директор формирует структуру и штатное расписание учреждения дополнительного образования детей и молодежи в пределах выделенных средств.

Глава 5. Финансирование и материально-техническое обеспечение учреждений дополнительного образования детей и молодежи.

36. Финансирование государственного учреждения дополнительного образования детей и молодежи осуществляется за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов, средств учредителей, средств, полученных от приносящей доходы деятельности, безвозмездной (спонсорской) помощи юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и иных источников, не запрещенных законодательством.

37. Финансирование частного учреждения дополнительного образования детей и молодежи осуществляется за счет средств учредителей, средств, полученных от приносящей доходы деятельности, безвозмездной (спонсорской) помощи юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и иных источников, не запрещенных законодательством.

38. Материально-техническая база учреждения дополнительного образования детей и молодежи формируется учредителем в соответствии с требованиями, установленными законодательством Республики Беларусь.

Обновление и развитие материально-технической базы учреждения дополнительного образования детей и молодежи обеспечивает его учредитель.

39. Не допускаются действия (бездействие), приводящие к необоснованному сокращению или ухудшению материально-технической базы учреждений дополнительного образования детей и молодежи.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Дубровский, В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: учебник для студ. мед. вузов. / В.И. Дубровский. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2006. – 598 с.
2. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
3. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 37
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-15. ТЕМА 15.3. Педагогический контроль на занятиях по адаптивному физическому воспитанию в дошкольных и средних учебных заведениях

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие общей и моторной плотности занятия АФВ.
2. Построение и оценка физиологической кривой пульса.
3. Тесты для определения уровня развития двигательных способностей (выносливости, гибкости, скоростных и силовых способностей) у детей с нарушениями слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и имеющих висцеральные нарушения.
4. Оценка основных двигательных навыков у занимающихся АФВ.
5. Методика проведения тестов.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Понятие общей и моторной плотности занятия в АФВ.

Проблема оптимизации нагрузки зависит от ее дозирования в физических упражнениях, от плотности занятия. Различают общую и моторную плотность занятия.

Общая плотность – отношение педагогически оправданного времени ко всей продолжительности занятия. Педагогически оправданное время – это время, затраченное на подготовку инвентаря и оборудования, на объяснение и показ упражнений, на выполнение физических упражнений и заданий, на отдых между упражнениями.

К неоправданным затратам времени относятся задержки начала занятий, недостаток или отсутствие необходимого инвентаря, нерациональная трата времени из-за нарушения дисциплины.

Моторная плотность – отношение времени, затраченного непосредственно на выполнение физических упражнений, ко всей продолжительности занятия. Моторная плотность может колебаться от 10-15 до 79-90 %. Рациональная моторная плотность и дозирование нагрузки зависят от вида спорта, возраста, пола, общей физической и спортивной подготовленности занимающихся, от условий занятий, от характера конкретных учебных или тренировочных заданий.

Именно моторная плотность часто определяет пульсовую «стоимость» занятий, т.е. определяет кривую изменения ЧСС в течение всего занятия и,

следовательно, фактическую интенсивность физической нагрузки занимающегося.

2. Построение и оценка физиологической кривой пульса.

Упражнения с увеличением частоты сердечных сокращений до 120-130 уд/мин – нагрузка малой интенсивности, от 131-140 – средней, от 140-160 – субмаксимальной, свыше 160 – максимальной. На занятии нагрузка непрерывная или с отдыхом, для получения количественных характеристик занятия строят физиологическую (пульсовую) кривую. Физическая нагрузка определяется по динамике пульса. Правильное занятие – пульс учащается на 20 % после вводной части, после ОРУ – на 45-50%, после основных движений – на 25%, после подвижной игры – до 70%, в конце занятия пульс восстанавливается или выше на 15-20%. Пульс считают за 10 с и умножают на 6. После занятия по данным чертится график: горизонтальная ось в минутах, вертикальная – показатели пульса, правильное занятие – кривая растет от начала до подвижных игр и снижается в заключительной части. В обучающем занятии пик возбудимости на ОРУ и подвижные игры (2 вершины).

3. Тесты для определения уровня развития двигательных способностей (выносливости, гибкости, скоростных и силовых способностей) у детей с нарушением слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и имеющих висцеральные нарушения.

Педагогический контроль за занимающимися предусматривает оценку уровня развития их физических качеств.

Для определения **быстроты** применялись любые возможные для инвалидов действия, выполняемые на время, например, хлопки руками спереди и сзади (количество раз за 15 с).

Чтобы определить **выносливость**, предлагается выполнить движение на максимально возможное время (бег на месте, проплывание дистанции, гонки в колясках и т.п.).

Равновесие – самое уязвимое качество у инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата. Предлагается тест стоя на одной ноге или двух (одна стопа в продолжении другой), руки в стороны, глаза закрыты, сохранять это положение максимально возможное время.

Гибкость определялась следующим образом: из исходного положения стоя на гимнастической скамейке занимающийся выполняет наклон вперед – измеряется расстояние от кончиков пальцев до края скамейки (плюс, если пальцы рук находятся ниже плоскости опоры, минус, если пальцы рук испытуемого не достают до скамейки).

При оценке специальных физических качеств предлагается контрольное выполнение тех или иных спортивных действий, характеризующих скоростные, скоростно-силовые качества, скоростную выносливость, силу. Это пробегание, проплывание, гонки в коляске на определенную дистанцию, выполнение тех или иных метаний, бросков и т. п. в зависимости от вида спорта.

Так, например, в плавании, при определении скорости осуществляется прохождение дистанции 25 м и 50 м всеми способами. При этом измеряется время прохождения дистанции и количество гребковых движений.

Выносливость характеризуется временем проплывания на время 200, 400 м для женщин и 400, 800, 1500 м для мужчин.

Скоростная выносливость определяется по времени проплывания 100-метровой дистанции любыми возможными способами на время.

В легкой атлетике скорость характеризуется временем прохождения 30- или 60-метровых дистанций, в том числе на протезах или в колясках (в последнем случае дистанция равна 60 и 200 м).

Выносливость: бег 500 м у женщин, 1000 м у мужчин, гонки в колясках на 1500 м у мужчин.

Тестом на скоростно-силовые качества может служить прыжок в длину с места (в см). Этот тест применяется и у инвалидов с односторонней ампутацией нижних конечностей.

4. Оценка основных двигательных навыков у занимающихся АФВ.

Целесообразный подбор физических упражнений позволяет избирательно решать как общие, так и специфические задачи. Такие естественные виды упражнений как ходьба, бег, прыжки, метания, упражнения с мячом и др. обладают огромными возможностями для коррекции и развития координационных способностей, равновесия, ориентировки в пространстве, физической подготовленности, профилактики вторичных нарушений, коррекции сенсорных и психических нарушений.

Оценка ходьбы. У большинства детей с умственной отсталостью отклонения в физическом развитии отражаются на устойчивости вертикальной позы, сохранения равновесия, походке, способности соизмерять и регулировать свои движения во время ходьбы. Нарушения ходьбы индивидуальны и имеют разные формы выраженности, но типичными являются следующие: голова опущена вниз, шаркающая походка, стопы развернуты носком внутрь, ноги слегка согнуты в тазобедренном суставе, движения рук и ног несогласованны, движения не ритмичны. У некоторых детей отмечаются боковые раскачивания туловища. Являясь естественной локомоцией, ходьба служит основным способом перемещения и составной частью многих упражнений на всех занятиях. В процессе обучения особое внимание уделяется формированию правильной осанки, постановки головы, плеч, движение рук, разгибанию ног в момент отталкивания. В младших классах выполняется ходьба по прямой с изменением направления, скорости, перешагиванием через предметы с ускорением. Нагрузку увеличивают постепенно от класса к классу.

Оценка бега. У умственно отсталых детей младшего дошкольного возраста при выполнении бега типичными ошибками являются: излишнее напряжение, порывистость, внезапные остановки, сильный наклон туловища или отклонение назад, запрокидывание головы, раскачивание из стороны в

сторону, несогласованность и малая амплитуда движения рук и ног, мелкие не ритмичные шаги, передвижение на прямых или полусогнутых ногах.

Оценка прыжков. Нарушениями в прыжках с места толчком двумя ногами являются: отталкивание одной ногой, несогласованность движения рук и ног при отталкивании и в полете, слабое финальное усилие, неумение приземляться, низкий присест, отталкивание прямой ногой. Ошибками прыжков в длину и высоту является слабый толчок, иногда остановка перед толчком, низкая траектория полета, неучастие рук, что объясняется низким уровнем координационных способностей, силы разгибание рук, скоростно-силовых качеств. Кроме того, детям трудно решать одновременно две двигательные задачи: движение ног и взмах руками.

Оценка лазания и перелезания. Программой предусмотрено лазанье по гимнастической стенке и скамейке, перелезание через препятствие. Эти упражнения имеют прикладное значение, способствуют развитию силы, ловкости, координации движения, укреплению стопы, формированию осанки, умению управлять своим телом. Лазание и перелезание корректируют недостатки психической деятельности – страх, завышенную самооценку, боязнь высоты, неадекватность поведения в сложных ситуациях. Упражнения, выполняемые на высоте должны быть объяснены, показаны с предельной точностью и требуют обеспечения безопасности страховки. Для преодоления препятствий используются гимнастическая скамейка, лестница, бревно, канат, наклонная лестница, поролоновые кубы, мягкое бревно, деревянная и веревочная лестница.

Оценка мелкой моторики рук. Универсальность упражнений с мячом состоит в их многообразии воздействия не только на мелкую моторику, но и на весь спектр координационных способностей, глазомер, мышечное чувство, дифференцировку усилий и пространства, без которых невозможно освоение письма, многих бытовых, трудовых, спортивных навыков. Для активизации движений кисти и пальцев используется разнообразный мелкий инвентарь – мячи, различные по объему, весу, материалу, цвету; шары – надувные, пластмассовые, деревянные; флажки, ленты, резиновые кольца, обручи, гимнастические палки, кубики, геометрические фигуры, вырезанные из картона, пуговицы, игрушки и др. основой метод игровой, но есть и самостоятельные упражнения, которые можно выполнять в любой обстановке: дома, во дворе, на прогулке, в занятиях с родителями, другими детьми, самостоятельно.

5. Методика проведения тестов.

Уровень функциональной подготовленности детей-инвалидов определяется при выполнении ими специально подобранных «стандартных нагрузок».

До нагрузок, после них и в период восстановления измеряется частота сердечных сокращений, определяется артериальное давление и соответственно оценивается функциональное состояние. Такими

стандартными нагрузками для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата могут быть:

- приседания (инвалиды с ампутациями верхних конечностей, односторонняя ампутация нижних конечностей);
- бег на месте (инвалиды с ампутациями верхних конечностей и инвалиды с ампутацией голени на протезе);
- отжимание из упора лежа (инвалиды с ампутацией бедра и голени);
- отжимание у гимнастической стенки (инвалиды с односторонней ампутацией предплечья и плеча);
- отжимание от поручней кресла-коляски (инвалиды с параплегией);
- «пандус-тест» – езда по пандусу вверх с максимальной скоростью;
- переход из положения лежа в положение сидя, ноги зафиксированы, количество раз за 30 с.

В соответствии с полученными данными, характеризующими физическую подготовленность и функциональное состояние, осуществляется индивидуальное планирование тренировочных нагрузок, вносятся коррективы в тренировочный процесс.

В дальнейшем поэтапно проводятся врачебно-педагогические наблюдения на тренировках. Контролируется реакция на выполнение плановых нагрузок и при необходимости изменяется учебно-тренировочный процесс.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

- Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
- Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
- Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
- Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 38
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-15. ТЕМА 15.4. Врачебный контроль на занятиях по адаптивному физическому воспитанию в дошкольных и средних учебных заведениях

Время: 4 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Организация диспансерного наблюдения лиц с особенностями психофизического развития (ОПФР) и детей-инвалидов.
2. Методы изучения физического развития.
3. Особенности измерения линейных показателей, объема движений в суставах, мышечной силы.
4. Организация самоконтроля.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Организация диспансерного наблюдения лиц с особенностями психофизического развития (ОПФР) и детей-инвалидов.

При организации и проведении диспансерного обследования следует иметь в виду, что основные моменты этой работы мало чем отличаются от обследования здоровых людей. Это касается лиц с нарушением слуха и зрения. Что касается инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата, то здесь имеются определенные особенности. Более подробным должен быть осмотр невропатолога и хирурга, которые оценивают степень нарушения функций, уровня поражения, чувствительности, состояния мышечного тонуса.

Имеются особенности и в проведении функциональной пробы при поражении нижних конечностей. Проба лечь-сесть 20 раз выполняется из положения лежа на кушетке, при слабых мышцах спины выполняется, держась за край кушетки, или 20 раз отжаться от поручней, сидя в коляске.

Наиболее эффективным и информационным тестом является велоэргометрия (при поражении нижних конечностей с ручным педалированием). Но в этом случае необходимо учитывать противопоказания к использованию велоэргометрического теста.

Абсолютные противопоказания: недостаточность кровообращения выше ПА, желудочковая тахикардия, политопная желудочковая активность, острые или хронические болезни в фазе обострения, значительная близорукость с изменением глазного дна.

Относительные противопоказания: частые суправентрикулярные экстрасистолы (4:40), мерцательная аритмия, неконтролируемые

метаболические заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз, микседема), значительное увеличение сердца.

Состояния, требующие специального внимания и предосторожности: нарушение проводимости, наличие имплантированного водителя ритма сердца с фиксированной частотой, контролируемые дисаритмии, нарушение электролитного баланса, ретинопатия III степени, тяжелые анемии, выраженное ожирение, явные психоневротические расстройства.

Если во время нагрузки появляются определенные симптомы, то нагрузку необходимо прекратить.

Тест с физической нагрузкой должен быть прекращен при возникновении признаков, указывающих на достижение предела переносимости нагрузок.

Клинические признаки: возникновение признаков приступа стенокардии, появление выраженной одышки, чрезмерное утомление, головокружение, тошнота, цианоз (или бледность кожи), холодный пот и др., повышение систолического АД до 30,7 кПа и более, увеличение диастолического АД до 17,3 кПа и более, отсутствие повышения или снижение систолического АД, несмотря на повышение мощности нагрузки, отказ обследуемого продолжать работу в связи с дискомфортом или чувством страха.

После проведения вышеупомянутых проб, как обычно, проводится измерение артериального давления и пульса в течение 3 мин и дается оценка функциональной пробы.

Для оценки функционального состояния органов дыхания проводится проба Розенталя: пятикратное измерение ЖЕЛ спирометром с 15-секундным интервалом отдыха, а снижение показателей от измерения к измерению указывает на ухудшение функционального состояния.

После получения данных осмотра врач по контролю за состоянием занимающихся дает заключение, определяя группу здоровья по их состоянию, степени тренированности, классу в соответствии со спортивно-медицинской классификацией и рекомендуемый вид спорта.

2. Методы изучения физического развития.

Для получения точных результатов при оценке физического развития необходимо соблюдать ряд стандартных условий, а именно: оценка должна проводиться в утреннее время, при оптимальном освещении, наличии исправного инструментария, с использованием унифицированной методики и техники измерений.

Антропометрия проводится с помощью специального инструментария: антропометра, ростомера, сантиметровой ленты, циркулей, циркулей-калиперов и т. д. Физиометрию проводят на специальных приборах. Кроме того, для оценки физического развития может использоваться фотография (так называемый метод стереофотограммометрии).

Наблюдение за физическим развитием детей начинается с момента рождения. В дальнейшем регулярная оценка физического развития детей продолжается в детской поликлинике, детских дошкольных учреждениях, школах в сроки, установленные специальными приказами.

Для изучения, анализа и оценки физического развития применяются два основных метода наблюдения:

1) **генерализирующий метод** (метод поперечного сечения популяции) – основан на одномоментном измерении детей различных возрастов, т. е. каждый ребенок измеряется 1 раз в каком-либо возрасте. Каждая возрастная группа должна состоять не менее чем из 100 человек. Этот метод очень распространен. Он отражает уровень физического развития детей в определенный момент и основан на большом числе наблюдений. Является наиболее репрезентативным для определения уровня физического развития широких масс населения;

2) **индивидуализирующий метод** (продольный срез) – основан на измерении одних и тех же детей в течение периода их роста и развития. Одна и та же группа детей наблюдается на протяжении определенного периода (например, года жизни), давая возможность получить достаточную насыщенность каждой возрастнo-половой группы по месяцам или годам жизни при сравнительно небольшом числе наблюдений. Данная методика позволяет определить особенности физического формирования организма из месяца в месяц (или из года в год) наблюдаемой группы детей в однородной совокупности. Этот метод приобретает особое значение в связи с процессом акселерации, а также для стандартизации школьного и дошкольного оборудования, построения типо-ростовых шкал, для швейной и обувной промышленности.

Этот метод не противоречит генерализирующему методу и является существенным дополнением к нему как в изучении процесса общего развития ребенка, так и в уточнении влияния средовых факторов в ходе этого развития.

Индивидуальная оценка физического развития осуществляется путем сравнения антропометрических данных со стандартами, разработанными с использованием различных статистических методик, и определения степени их отклонения от средних величин.

3. Особенности измерения линейных показателей, объема движений в суставах, мышечной силы.

Линейные измерения проводятся с помощью гибкой сантиметровой ленты. При определении длины конечности необходимо знать общепринятые опознавательные точки, от которых производятся измерения. Такими опознавательными ориентирами служат наиболее доступные пальпации костные выступы: на руке — плечевой отросток лопатки, большой бугорок плечевой кости, локтевой отросток локтевой кости, шиловидные отростки локтевой и лучевой костей; на ноге — передняя верхняя ость повздошной кости, большой вертел бедренной кости, наружная боковая лодыжка малоберцовой кости и внутренняя лодыжка большеберцовой кости. Различают относительную и абсолютную длину конечности; в первом случае проксимальной опознавательной точкой служит ориентир, расположенный на костях пояса верхней либо нижней конечности, во втором случае —

непосредственно на плечевой либо бедренной кости. Важно отметить, что необходимо проводить измерения обеих конечностей, поскольку лишь сравнение длины здоровой и пораженной конечностей позволяет дать правильную оценку. Измерение обхвата конечности производится для определения степени атрофии либо гипертрофии мышц, для обнаружения отеков суставов. Положение больного — лежа на спине. Сантиметровая лента укладывается строго перпендикулярно продольной оси конечности в месте проводимого измерения. Наиболее типичными являются измерения обхвата верхней конечности на уровнях средней трети плеча (при сокращении и при расслаблении двуглавой мышцы плеча), локтевого сустава, средней трети предплечья, лучезапястного сустава; измерения обхвата нижней конечности на уровнях верхней трети бедра, коленного сустава, верхней трети голени, голеностопного сустава. Особое внимание уделяется симметричности замеров, а также точному воспроизведению уровней измерения при повторных обследованиях; с этой целью при первом измерении определяют расстояние от постоянного костного ориентира до исследуемого уровня, и в дальнейшем при очередных замерах строго ориентируются на это расстояние. Рекомендуемая точность измерения — 0,5 см, повторные замеры осуществляют с частотой 1 раз в 5-7 дней.

Измерения объема движений в суставах выполняют с помощью гониометра (угломера), состоящего из двух бранш (подвижной и неподвижной), соединенных с измерительной шкалой, градуированной от 0 до 180 либо до 360 градусов. Чаще используют 180-градусную систему оценки объема движений, при этом анатомическая позиция сустава принимается за 0, отклонения от анатомической позиции в любой из плоскостей измерения (саггитальной, фронтальной, поперечной) описываются положительным числом градусов в диапазоне от 0 до 180. Угломер прикладывают к суставу таким образом, чтобы его ось соответствовала оси движения исследуемого сустава. Неподвижное плечо инструмента располагается соответственно продольной оси проксимальной (неподвижной) части конечности, а подвижное плечо — вдоль продольной оси дистальной части, выполняющей движение. Очень важно обеспечить достаточную фиксацию проксимального сегмента, чтобы исключить передачу выполняемого движения соседним суставам. Исследуют два вида объема движений — активный (обследуемый производит движение самостоятельно, без помощи исследователя) и пассивный (движение в суставе производится исследователем согласно физиологическому направлению исследуемого движения).

Измерение движений в позвоночнике представляет собой более трудную задачу в сравнении с оценкой подвижности в суставах конечностей. В силу значительных индивидуальных различий чаще ориентируются не на абсолютные цифры, а на динамику показателей в процессе лечения; в связи с этим особенно важно четко воспроизводить методику измерений при повторных обследованиях. Для измерений движений в позвоночнике предложено множество методов: использование курвиметра и угломера, сантиметровой ленты рекомендует оценивать подвижность в суставах

позвоночника с помощью сантиметровой ленты путем измерения расстояния между общепринятыми топографическими костными точками в исходном положении и после выполнения исследуемым максимального движения. В шейном отделе оценивают сгибание и разгибание (сагиттальная плоскость), боковые наклоны (фронтальная плоскость), ротацию (поперечная плоскость). Объем сгибания и разгибания определяют следующим образом, в положении больного стоя со взглядом, направленным прямо, определяют расстояние от затылочного бугра до остистого отростка VII шейного позвонка. При максимальном сгибании шеи вперед это расстояние в среднем увеличивается на 5 см, а при разгибании уменьшается на 6 см. При оценке боковых наклонов измеряют расстояние от сосцевидного отростка височной кости или от мочки уха до акромиального отростка лопатки в положении стоя и после бокового наклона. Вращательные движения оценивают путем измерения расстояния от акромиального отростка лопатки до самой низкой точки подбородка. В норме при вращении это расстояние в сравнении с исходной позицией увеличивается в среднем на 6 см. В грудном отделе оценивают сгибание (сагиттальная плоскость). Для этого измеряют расстояние между остистыми отростками I и XII грудных позвонков в положении стоя и при максимальном наклоне вперед при разогнутых коленных суставах. При максимальном сгибании это расстояние увеличивается на 4-5 см (проба Отта). В поясничном отделе исследуют сгибание и разгибание (сагиттальная плоскость), боковые наклоны (фронтальная плоскость) и вращение (поперечная плоскость). Степень сгибания оценивают путем измерения расстояния между остистыми отростками I и V поясничных позвонков в положении свободно стоя и при максимальном сгибании, степень разгибания – соответственно ориентируясь на расстояние между мечевидным отростком грудины и лонным сочленением.

Оценка мышечной силы. Для экспресс-оценки мышечной силы верхней конечности больного просят сжать два пальца кисти обследуемого, в то время как последний старается высвободить свои пальцы. Скрининг-оценка силы проксимальных отделов нижней конечности производится при глубоком приседании больного из положения стоя с последующим вставанием. Для тестирования мышечной силы дистальных отделов ног пациента просят пройти на пятках, а затем «на носках» (на пальцах стоп). Чтобы оценить силу мышц живота, больного просят сесть из положения лежа на спине (ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах); тот же тест, выполняемый при разогнутых в тазобедренных и коленных суставах ногах, позволяет оценить силу подвздошно-поясничной и абдоминальных мышц. Более детальное исследование отдельных мышц и мышечных групп требует от обследуемого хорошего знания анатомии и специальных навыков (соответствующие исходные положения, методы стабилизации и направления движения). Общим принципом тестирования является принцип «напряжения и преодоления»: больного просят напрячь соответствующую мышцу и удерживать ее в положении максимального сокращения, в то время как исследователь старается растянуть мышцу, преодолевая сопротивление пациента. Необходимо иметь в виду, что мышечную слабость могут имитировать боль,

возникающая при сокращении мышцы, либо попросту плохое понимание больным инструкций по выполнению теста. Возможно и умышленное нежелание пациента демонстрировать истинную силу мышцы. В других случаях, наоборот, больной старается компенсаторно вовлечь в движение другие мышцы либо мышечные группы, чтобы «помочь» ослабленной мышце. Все это необходимо учитывать при проведении тестирования. Мануально определенную силу мышц обычно оценивают в баллах по 3-х, 4-х, 5-ти или 6-ти балльной системе; последняя получила наибольшее распространение. Оценку силы мышечных групп можно производить не только методом мануального тестирования, но и с помощью динамометров. При анализе процесса изометрического сокращения мышц ориентируются не только на максимальную мышечную силу, но и на параметры, описывающие характер процесса сокращения и расслабления мышц (скорость сокращения и скорость расслабления), для этого используют специальные биомеханические методики обследования.

4. Организация самоконтроля.

Самоконтроль имеет очень важное значение, так как позволяет субъективно оценить приспособление организма к физической нагрузке.

Для этого каждый занимающийся ведет дневник самоконтроля, в который записываются дата, сон, настроение, самочувствие, работоспособность, содержание тренировки (время проведения занятий: утро, день, вечер), пульс (утром, до тренировки, после тренировки, через 15 мин), отмечает нарушения режима. Это позволяет врачу и тренеру объективно оценить влияние на организм как отдельных тренировок (занятий), так и вообще занятий адаптивной физической культурой.

Подсчет пульсовых толчков выполняется в течение 10 с и умножается на 6. Если измерять пульс более продолжительное время, то «минутный» результат будет неточен, так как через несколько секунд после окончания работы пульс начинает замедляться.

Если восстановления пульса за несколько минут отдыха не происходит и пульс не снижается, следует уменьшить нагрузку. При отсутствии положительных результатов надо обратиться к врачу и приостановить занятия. Отсутствие контроля, небрежное отношение может повлечь за собой ухудшение здоровья.

Ко всему вышесказанному необходимо добавить, что положительные сдвиги в физическом состоянии, проявление биологического приспособления к нагрузкам проявляются не сразу, а только спустя 3 недели после систематических и правильно организованных занятий.

Инвалидам всех категорий необходимо применение средств закаливания. Наблюдения, проведенные специалистами, показывают, что систематические занятия, проводимые в современных крытых спортивных сооружениях с постоянным микроклиматом, приводят к дезакаливанию занимающихся, поэтому ребятам, которые продолжительно занимаются в крытых спортивных

сооружениях, необходимо закаляться, используя все способы закаливания и особенно естественные силы природы.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.

Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.

Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре / Под ред. О.Э.Аксеновой, С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 39
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.1. Средства и формы адаптивного физического воспитания

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Физическое упражнение – основное средство АФВ.
2. Классификация средств.
3. Особенности их подбора в зависимости от имеющегося основного дефекта.
4. Основные противопоказания использования средств АФВ в зависимости от имеющегося нарушения (слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата и висцеральных нарушений).
5. Формы АФВ: урочные и неурочные.
6. Классификация и структура занятий урочного типа.
7. Классификация занятий неурочного типа: утренняя гимнастика, вводная гимнастика, физкультурные паузы и «минутки», спортивные развлечения (игры, катания на коньках, велосипедах и т.п.), прогулки, туристские походы, соревнования.
8. Структура занятий неурочного типа.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Адаптивная физическая культура использует физические упражнения, соревновательную и игровую деятельность, наилучшим образом подходящие для людей с нарушениями здоровья и ограниченными возможностями, как основное средство воспитания личности, тем самым создавая благоприятные условия для становления сильной, независимой, морально устойчивой личности, готовой к трудовой и общественной деятельности, умеющей наладить контакт с окружающими и обеспечить максимальное использование своих возможностей. У человека с отклонениями в физическом или психическом здоровье адаптивная физкультура формирует:

- осознанное отношение к своим силам в сравнении с силами среднестатистического здорового человека;
- способность к преодолению не только физических, но и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни;
- компенсаторные навыки, то есть позволяет использовать функции разных систем и органов вместо отсутствующих или нарушенных;

- способность к преодолению необходимых для полноценного функционирования в обществе физических нагрузок;
- потребность быть здоровым, насколько это возможно, и вести здоровый образ жизни;
- осознание необходимости своего личного вклада в жизнь общества;
- желание улучшать свои личностные качества;
- стремление к повышению умственной и физической работоспособности.

Основными средствами. АФК также как и ЛФК, являются физические упражнения и естественные факторы природы, дополнительными – механотерапия (занятия на тренажерах, блоковых установках), массаж и трудотерапия.

Критерием их разделения служит активное или пассивное участие пациента в лечебной процедуре (схема).

Существует множество форм лечебной физической культуры, которые могут использоваться в АФК: утренняя гигиеническая гимнастика, занятие лечебной гимнастикой, самостоятельные занятия физическими упражнениями, лечебная дозированная ходьба, дозированные восхождения (терренкур), дозированные плавание, гребля, массовая оздоровительная физическая культура, ближний туризм элементы спорта, спортивных игр.

В структуру адаптивной физической культуры входят адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная рекреация, адаптивный спорт и физическая реабилитация. Они охватывают все возможные виды физкультурной деятельности людей с физическими и умственными недостатками, помогают им адаптироваться к окружающему миру, так как обучение разнообразным видам движений связано с развитием психофизических способностей, общением, эмоциями, познавательной и творческой деятельностью.

Каждый вид адаптивной физической культуры имеет свое назначение: адаптивное физическое воспитание предназначено для формирования базовых основ физкультурного образования.

Адаптивная двигательная рекреация — для здорового досуга, активного отдыха, игр, общения.

Адаптивный спорт — для совершенствования и реализации физических, психических, эмоционально-волевых способностей.

Физическая реабилитация — для лечения, восстановления и компенсации утраченных способностей.

Каждому из них свойственны собственные функции, задачи, содержание, степень эмоционального и психического напряжения, методы и формы организации. И вместе с тем они тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга. Формы организации занятий физическими упражнениями чрезвычайно разнообразны :

- систематические (уроки физической культуры, утренняя гимнастика),

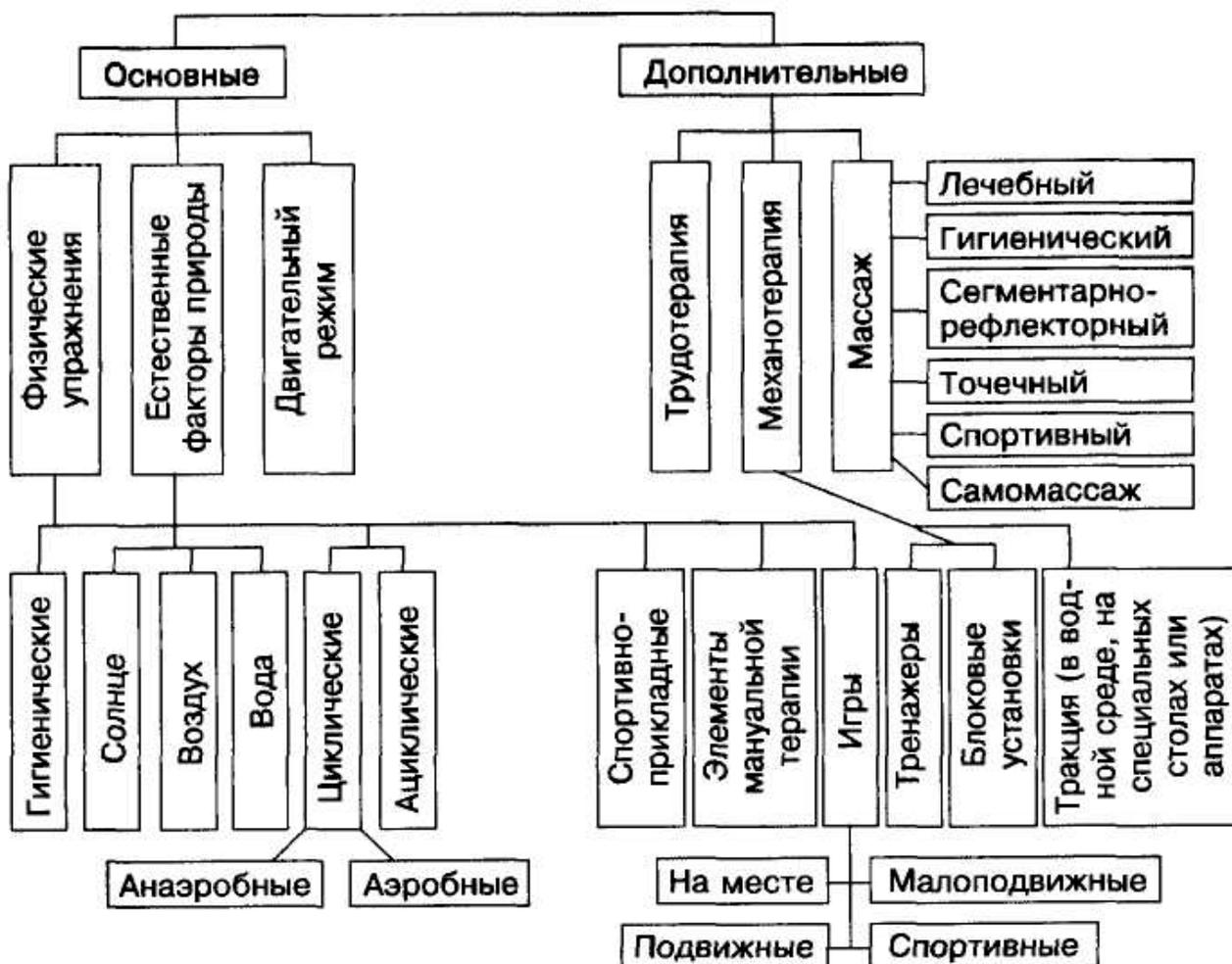
- эпизодические (загородная прогулка, катание на санках),
- индивидуальные (в условиях стационара или дома), -массовыми (фестивали, праздники),
- соревновательные (от групповых до международных),
- игровые (в семье, оздоровительном лагере).

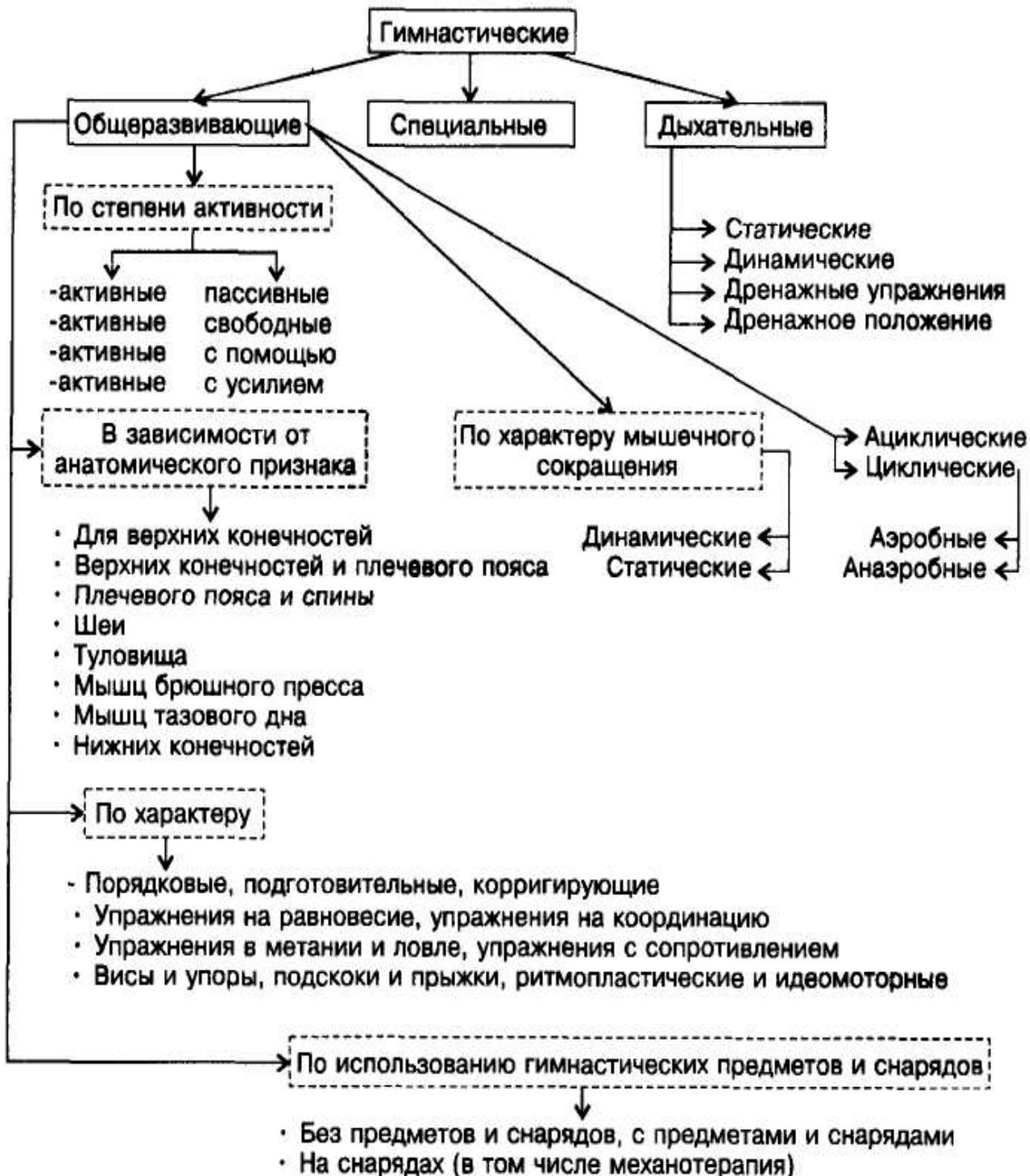
Одни формы занятий организуются и проводятся специалистами адаптивной физической культуры, другие — общественными и государственными организациями, третьи — родителями детей-инвалидов, волонтерами, студентами, четвертые — самостоятельно.

Цель всех форм организации — расширение двигательной активности людей, приобщение их к доступной спортивной деятельности, интересному досугу, развитие собственной активности и творчества, формирование здорового образа жизни, физкультурное и спортивное воспитание.

Таким образом, адаптивная физкультура — это, скорее, не метод лечения, а способ переключения внимания человека с болезни на общение, активный отдых и развлечения.

Схема средств ЛФК и АФК





В АФК действует такая же как и в ЛФК классификация физических и гимнастических упражнений.

Под **трудотерапией** понимается восстановление нарушенных функций с помощью избирательно подобранных трудовых процессов.

Механотерапия – это восстановление утраченных функций с помощью специальных аппаратов. Она применяется главным образом для предупреждения и разработки контрактур (тугоподвижности в суставах).

В спортивной практике после повреждений опорно-двигательного аппарата механотерапию можно использовать для увеличения амплитуды движений в суставах; для укрепления мышц эффективны занятия на различных тренажерах.

Лечебный массаж (классический, точечный, сегментарно-рефлекторный, аппаратный, гидромассаж) применяется в комплексе с физическими упражнениями в процессе как лечения, так и реабилитации.

Классификация и характеристика физических упражнений. Физические упражнения, применяемые с лечебной целью, делятся на идеомоторные (упражнения в посылке импульсов к сокращению мышц), гимнастические, спортивно-прикладные, дозированные игры и др.

Гимнастические упражнения. Представляют собой специально подобранные сочетания естественных для человека движений, разделенных на элементы. Применяя гимнастические упражнения, избирательно воздействуя на отдельные мышечные группы или суставы, можно совершенствовать общую координацию движений, восстанавливать и развивать такие физические качества, как сила, быстрота движений и ловкость.

Гимнастические упражнения классифицируются по нескольким основным признакам: анатомическому; по признаку активности; принципу использования гимнастических предметов и снарядов; по видовому признаку и характеру выполнения.

По анатомическому признаку – упражнения для мышц шеи, туловища, плечевого пояса, верхних конечностей, брюшного пресса, тазового дна, нижних конечностей.

По признаку активности – активные (выполняемые самим больным), пассивные (выполняемые инструктором с волевым усилием больного), активно-пассивные упражнения (выполняемые самим больным с помощью инструктора).

По принципу использования гимнастических предметов и снарядов – упражнения без использования предметов и снарядов; упражнения с предметами (гимнастической палкой, резиновым, теннисным или волейбольным мячом, набивным мячом, с булавами, гантелями, эспандерами, скакалкой и др.); упражнения на снарядах (гимнастической стенке, наклонной плоскости, гимнастической скамейке, кольцах, механо-терапевтической аппаратуре, брусках, перекладине, бревне); упражнения на тренажерах и т. п.

По видовому признаку и характеру выполнения – порядковые и строевые, подготовительные (вводные), корригирующие, на координацию движений и в равновесии, в сопротивлении, дыхательные, висы, упоры, подскоки и прыжки, ритмопластические упражнения и др.

Порядковые и строевые упражнения. Организуют и дисциплинируют больных, вырабатывая у них необходимые двигательные навыки (построение, перестроение, ходьба, повороты на месте, другие упражнения).

Подготовительные (вводные) упражнения. Подготавливают организм к предстоящей нагрузке.

Корригирующие упражнения. Уменьшают дефекты осанки, исправляют деформации отдельных частей тела. Нередко сочетаются с пассивной коррекцией (вытяжением на наклонной плоскости, ношением корсета, массажем). К ним относят любые движения, выполняемые из определенного исходного положения, обуславливающего строго локальное воздействие. При этом используется сочетание силовых напряжений и упражнений на растягивание. Например, при выраженном грудном кифозе (сутулости) корригирующее воздействие оказывают физические упражнения, направленные на укрепление мышц спины, растягивание и расслабление грудных мышц, а также мышц голени и стоп.

Упражнения на координацию движений и в равновесии. Применяются для тренировки вестибулярного аппарата (при гипертонической болезни, неврологических и других заболеваниях). Выполняются в следующих исходных положениях: основная стойка, стоя на узкой площади опоры, стоя на одной ноге, на носках, с открытыми и закрытыми глазами; с предметами и без них. К упражнениям на координацию относят также упражнения, формирующие бытовые навыки, утраченные в результате того или иного заболевания: застегивание пуговиц, шнурование обуви, зажигание спичек, открывание замка ключом и др. Широко используются также лепка, сборка детских пирамидок, составление узоров из мозаики и т. п.

Упражнения в сопротивлении. Применяются в восстановительном тренировочном периоде ЛФК. Способствуют укреплению мышц, повышению их эластичности; оказывают стимулирующее влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, обмен веществ.

Дыхательные упражнения (статические, динамические, дренажные). Используются при всех формах ЛФК. Благоприятно влияют на функцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем, стимулируют обменные и пищеварительные процессы. Их успокаивающее действие используют при нарушении нервной регуляции различных функций организма, для более быстрого восстановления при утомлении и др.

Статические дыхательные упражнения выполняют в различных исходных положениях (без движений ног, рук и туловища); динамические дыхательные упражнения выполняют в сочетании с движениями конечностей и туловища. К дренажным упражнениям относят дыхательные упражнения, специально

направленные на отток экссудата из бронхов; они используются при различных заболеваниях органов дыхания. Следует различать дыхательные дренажные упражнения и позиционный дренаж (специально заданные позиционные исходные положения, также направленные на отток экссудата по дыхательным путям, – по принципу «желоба»).

Висы, упоры, подскоки, прыжки. Разновидности гимнастических упражнений, которые включаются в занятия лечебной физической культурой в период выздоровления. Выполняются строго дозированно, под наблюдением инструктора.

Ритмопластические упражнения. Используются на санаторном и поликлиническом этапах реабилитации – для окончательного восстановления функции опорно-двигательного аппарата, а также при лечении неврозов, заболевании сердечно-сосудистой и других систем; выполняются под музыкальное сопровождение, с заданными ритмом и тональностью (в зависимости от функционального состояния больного и типа высшей нервной деятельности).

Упражнения на растягивание мышц (стретчинг). Применяются для увеличения эластичности мышечно-связочного аппарата и расслабления мышц. Также способствуют восстановлению работоспособности мышц после физических нагрузок.

Упражнения в воде (гидрокинезотерапия). Находят все большее применение в ЛФК. Теплая вода бассейна или ванной способствует расслаблению мышц, размягчению мягких тканей, повышению их эластичности, уменьшению спастики. Кроме того, вода снижает вес тела и отдельных его частей, облегчая выполнение упражнений. Физические упражнения в воде и плавание показаны при травмах ОДА, остеохондрозах и спондилезах, нарушениях осанки и сколиозах, при параличах и парезах и других страданиях.

Идеомоторные упражнения также используются особенно на больничном этапе). Выполняемые мысленно, они не только вызывают слабое сокращение мышц, но и улучшают их функциональное состояние, оказывают трофическое действие. Эти упражнения применяются при параличах и парезах, при длительной иммобилизации, когда больной не может активно выполнять упражнения.

Изометрические (статические) упражнения. Сокращения мышц, при которых они развивают напряжение, но не изменяют своей длины, называются статическими (изометрическими). Например, если больной поднимает ногу вверх из исходного положения лежа на спине и удерживает ее в течение некоторого времени. Он таким образом выполняет вначале динамическую работу (подъем), а затем статическую; другими словами, мышцы бедра- сгибатели выполняют изометрическое сокращение.

Изометрические напряжения мышц используют в виде ритмических (выполнение движений в ритме 30-50 в мин) и длительных (напряжение мышц 3

с и более). Обычно назначают с 3-5 дня травмы и заболевания с 3-5 с и увеличивая до 5-7 с. Более длительная экспозиция 7 с не дает большого клинического эффекта, а наоборот вызывает резкие вегетативные сдвиги, выражающиеся в период мышечного напряжения задержкой дыхания, а в «послерабочее время» учащением пульса и дыхания.

Упражнения на тренажерах находят все большее применение при реабилитации больных и инвалидов. Использование тренажеров позволяет точно дозировать нагрузку и развивать необходимые физические качества: выносливость, силу мышц и др. Для тренировки сердечно-сосудистой системы применяются: велотренажеры (ножные и ручные), гребные тренажеры, тредбаны («бегущая дорожка»), лыжный тренажер и др. Для развития силы различных групп мышц существуют разнообразные тренажеры: блоковые, Кеттлера, Давида и др. В нашей стране разработаны тренажеры нового поколения профессора В.К.Зайцева.

Спортивно-прикладные упражнения. Из этой группы упражнений в ЛФК наиболее часто используют дозированные ходьбу, бег, прыжки; метания и лазания; упражнения в равновесии; поднимание и переноску тяжестей; дозированные греблю, ходьбу на лыжах, катание на коньках, езду на велосипеде, лечебное плавание.

Применение спортивно-прикладных упражнений способствует восстановлению поврежденного органа и организма в целом; воспитывает у больных сознательное отношение к занятиям и уверенность в своих силах.

Дозированная ходьба. Укрепляет мышцы не только нижних конечностей, но и всего организма за счет ритмичного чередования их напряжения и расслабления. В результате улучшаются крово- и лимфообращение, дыхание, обмен веществ, оказывается общеукрепляющее воздействие на организм.

Дозированный бег. Равномерно развивает мускулатуру тела, тренирует сердечно-сосудистую и дыхательную системы, улучшает обмен веществ и функцию дыхания. На занятиях лечебной гимнастикой бег применяется для достаточно тренированных к нему больных с индивидуальной дозировкой (при тщательном врачебно-педагогическом контроле).

Дозированные прыжки. Относятся к кратковременным интенсивным упражнениям, применяемым в период выздоровления с индивидуальной дозировкой (с контролем пульса).

Упражнения в метании. Помогают восстановить координацию движений, улучшают подвижность суставов, развивают силу мышц конечностей и туловища, увеличивают скорость двигательных реакций. На занятиях лечебной гимнастикой используются набивные мячи, диски, мячи с петлей, гранаты.

Лазания по гимнастической стенке и канату. Способствуют увеличению подвижности в суставах, развитию силы мышц туловища и конечностей, координации движений.

Упражнения в равновесии. Применяются при поражении вестибулярного аппарата, при ампутации нижней конечности, заболеваниях и повреждениях нервной системы.

Дозированная гребля. Применяется с целью общей тренировки организма, выработки ритмичности движений, способствующих углублению дыхания, развитию и укреплению мышц верхних конечностей и туловища, подвижности позвоночника. Повышение внутрибрюшного давления при гребле положительно влияет на процесс пищеварения и тканевый обмен. Применение гребли в условиях чистого, ионизированного воздуха, насыщенного водяными парами, оказывает оздоровительное влияние на организм.

Занятия греблей назначаются в дозированной форме, с указанием кратковременных пауз для отдыха и глубокого дыхания (при врачебно-педагогическом контроле).

Дозированная ходьба на лыжах. Активизирует работу мышц всего тела, улучшает обмен веществ, деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, тренирует вестибулярный аппарат, повышает мышечный тонус, улучшает настроение, способствует нормализации состояния нервной системы.

Дозированное катание на коньках. Тренирует сердечно-сосудистую, дыхательную и нервную системы, улучшает обмен веществ, развивает координацию движений, укрепляет вестибулярный аппарат. Назначается в период выздоровления хорошо тренированным лицам, умеющим кататься на коньках (при врачебно-педагогическом контроле).

Дозированное лечебное плавание. Повышает теплоотдачу, улучшает обмен веществ, кровообращение и дыхание, укрепляет мышцы всего тела, нервную систему, закаливает организм.

Дозированная езда на велосипеде. Применяется с общеоздоровительной целью, для укрепления мышц и развития движений в суставах нижних конечностей; тренирует сердечно-сосудистую и дыхательную системы, вестибулярный аппарат.

Упражнения в посылке импульсов к сокращению мышц (к выполнению движений) применяются при параличах и парезах, когда активные движения отсутствуют или резко ослаблены. Рекомендуется сочетать посылки импульсов с пассивными движениями – это способствует улучшению проводимости по центростремительным и центробежным нервам.

Дозированные игры:

- на месте,
- малоподвижные,
- подвижные
- спортивные)

применяются в АФК для воспитания решительности, настойчивости, сообразительности, ловкости, смелости, дисциплинированности; положительно

воздействуют на деятельность всех органов и систем. Игры включают в занятия на этапе выздоровления. Проведение всех видов игр осуществляется при врачебно-педагогическом контроле.

Естественные факторы природы (закаливание) применяются в следующих видах (солнечные ванны); аэрация (прием воздушных ванн); частичные или общие обливания, обтирания и гигиенические души; купание в пресной или морской воде.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.
3. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
4. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

Тема 16.1. Лекция. Средства и формы адаптивного физического воспитания

План

1. Формирование основных качеств с помощью АФК.
2. Основные компоненты АФК и возможности использования различных форм.
3. Формы АФК.
4. Средства АФК.

Адаптивная физическая культура использует физические упражнения, соревновательную и игровую деятельность, наилучшим образом подходящие для людей с нарушениями здоровья и ограниченными возможностями, как основное средство воспитания личности, тем самым создавая благоприятные условия для становления сильной, независимой, морально устойчивой личности, готовой к трудовой и общественной деятельности, умеющей наладить контакт с окружающими и обеспечить максимальное использование своих возможностей. У человека с отклонениями в физическом или психическом здоровье адаптивная физкультура формирует:

- осознанное отношение к своим силам в сравнении с силами среднестатистического здорового человека;
- способность к преодолению не только физических, но и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни;
- компенсаторные навыки, то есть позволяет использовать функции разных систем и органов вместо отсутствующих или нарушенных;
- способность к преодолению необходимых для полноценного функционирования в обществе физических нагрузок;
- потребность быть здоровым, насколько это возможно, и вести здоровый образ жизни;
- осознание необходимости своего личного вклада в жизнь общества;
- желание улучшать свои личностные качества;
- стремление к повышению умственной и физической работоспособности.

Основными средствами. АФК также как и ЛФК, являются физические упражнения и естественные факторы природы, дополнительными – механотерапия (занятия на тренажерах, блоковых установках), массаж и трудотерапия.

Критерием их разделения служит активное или пассивное участие пациента в лечебной процедуре (схема).

Существует множество форм лечебной физической культуры, которые могут использоваться в АФК: утренняя гигиеническая гимнастика, занятие лечебной гимнастикой, самостоятельные занятия физическими упражнениями, лечебная дозированная ходьба, дозированные восхождения (терренкур), дозированные плавание, гребля, массовая оздоровительная физическая культура, ближний туризм элементы спорта, спортивных игр.

В структуру адаптивной физической культуры входят адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная рекреация, адаптивный спорт и физическая реабилитация. Они охватывают все возможные виды физкультурной деятельности людей с физическими и умственными недостатками, помогают им адаптироваться к окружающему миру, так как обучение разнообразным видам движений связано с развитием психофизических способностей, общением, эмоциями, познавательной и творческой деятельностью.

Каждый вид адаптивной физической культуры имеет свое назначение: адаптивное физическое воспитание предназначено для формирования базовых основ физкультурного образования.

Адаптивная двигательная рекреация — для здорового досуга, активного отдыха, игр, общения.

Адаптивный спорт — для совершенствования и реализации физических, психических, эмоционально-волевых способностей.

Физическая реабилитация — для лечения, восстановления и компенсации утраченных способностей.

Каждому из них свойственны собственные функции, задачи, содержание, степень эмоционального и психического напряжения, методы и формы организации. И вместе с тем они тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга. Формы организации занятий физическими упражнениями чрезвычайно разнообразны :

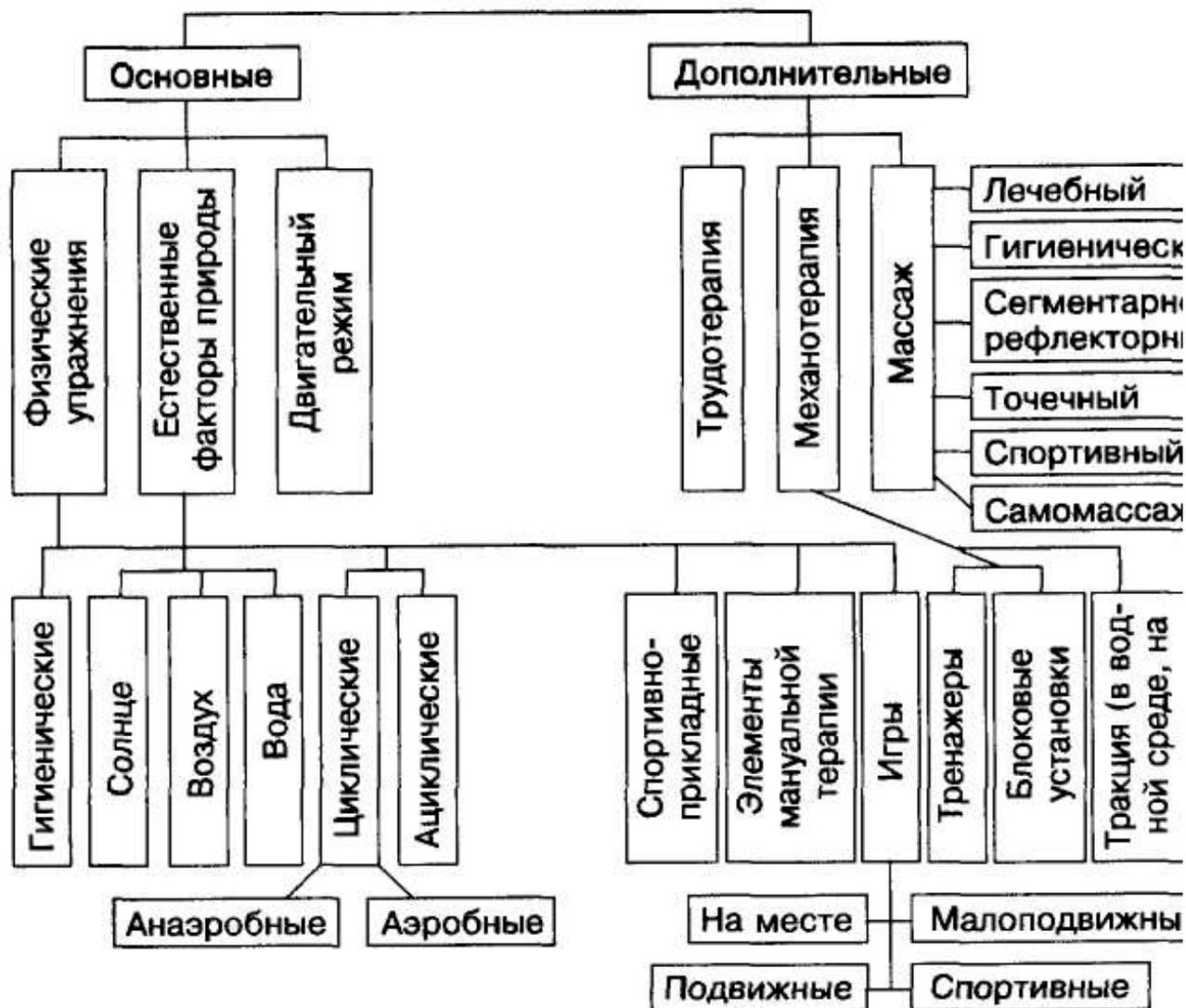
- систематические (уроки физической культуры, утренняя гимнастика),
- эпизодические (загородная прогулка, катание на санках),
- индивидуальные (в условиях стационара или дома), -массовыми (фестивали, праздники),
- соревновательные (от групповых до международных),
- игровые (в семье, оздоровительном лагере).

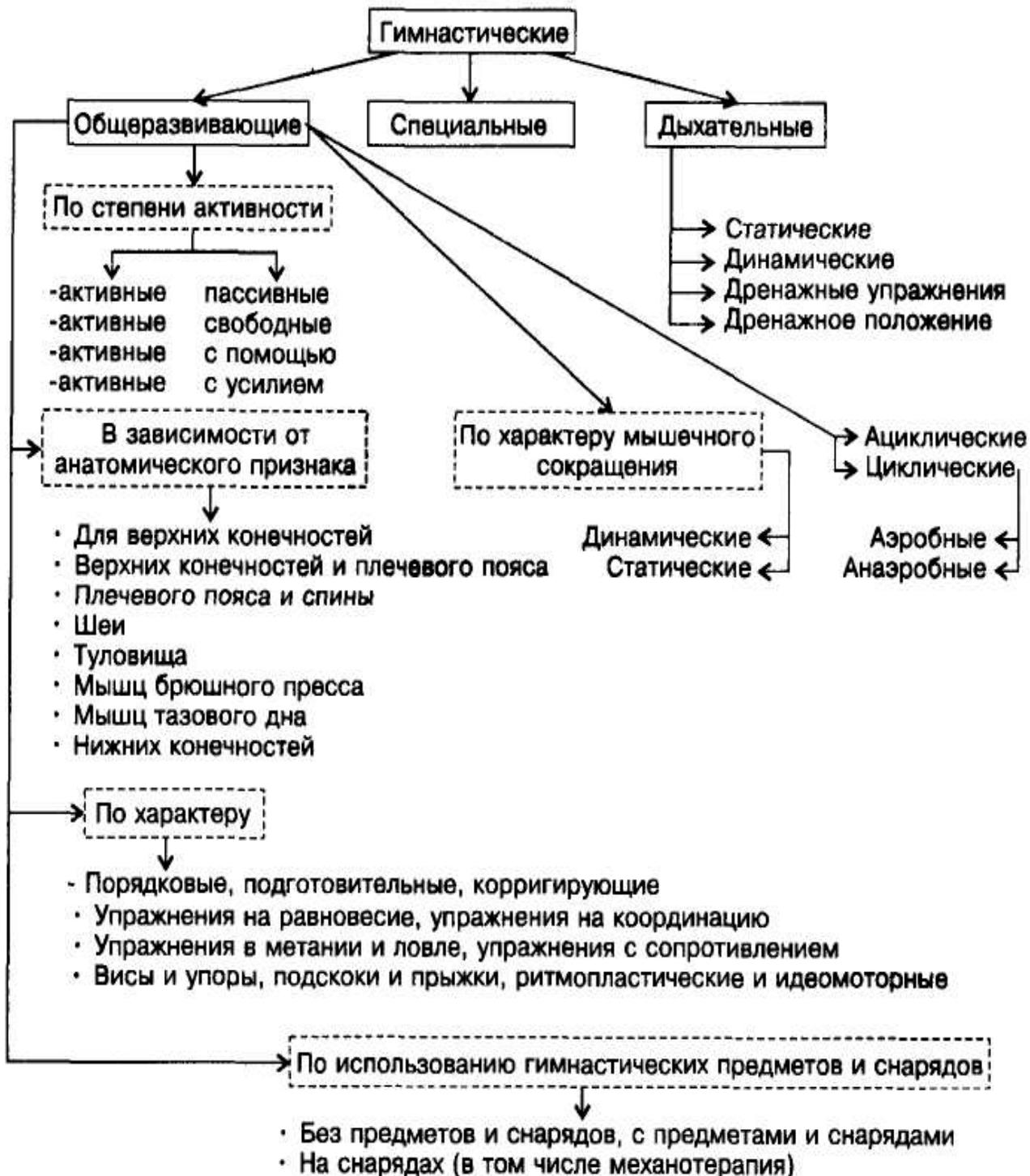
Одни формы занятий организуются и проводятся специалистами адаптивной физической культуры, другие — общественными и государственными организациями, третьи — родителями детей-инвалидов, волонтерами, студентами, четвертые — самостоятельно.

Цель всех форм организации — расширение двигательной активности людей, приобщение их к доступной спортивной деятельности, интересному досугу, развитие собственной активности и творчества, формирование здорового образа жизни, физкультурное и спортивное воспитание.

Таким образом, адаптивная физкультура — это, скорее, не метод лечения, а способ переключения внимания человека с болезни на общение, активный отдых и развлечение.

Схема средств ЛФК и АФК





В АФК действует такая же как и в ЛФК классификация физических и гимнастических упражнений.

Под **трудотерапией** понимается восстановление нарушенных функций с помощью избирательно подобранных трудовых процессов.

Механотерапия – это восстановление утраченных функций с помощью специальных аппаратов. Она применяется главным образом для предупреждения и разработки контрактур (тугоподвижности в суставах).

В спортивной практике после повреждений опорно-двигательного аппарата механотерапию можно использовать для увеличения амплитуды движений в суставах; для укрепления мышц эффективны занятия на различных тренажерах.

Лечебный массаж (классический, точечный, сегментарно-рефлекторный, аппаратный, гидромассаж) применяется в комплексе с физическими упражнениями в процессе как лечения, так и реабилитации.

Классификация и характеристика физических упражнений. Физические упражнения, применяемые с лечебной целью, делятся на идеомоторные (упражнения в посылке импульсов к сокращению мышц), гимнастические, спортивно-прикладные, дозированные игры и др.

Гимнастические упражнения. Представляют собой специально подобранные сочетания естественных для человека движений, разделенных на элементы. Применяя гимнастические упражнения, избирательно воздействуя на отдельные мышечные группы или суставы, можно совершенствовать общую координацию движений, восстанавливать и развивать такие физические качества, как сила, быстрота движений и ловкость.

Гимнастические упражнения классифицируются по нескольким основным признакам: анатомическому; по признаку активности; принципу использования гимнастических предметов и снарядов; по видовому признаку и характеру выполнения.

По анатомическому признаку – упражнения для мышц шеи, туловища, плечевого пояса, верхних конечностей, брюшного пресса, тазового дна, нижних конечностей.

По признаку активности – активные (выполняемые самим больным), пассивные (выполняемые инструктором с волевым усилием больного), активно-пассивные упражнения (выполняемые самим больным с помощью инструктора).

По принципу использования гимнастических предметов и снарядов – упражнения без использования предметов и снарядов; упражнения с предметами (гимнастической палкой, резиновым, теннисным или волейбольным мячом, набивным мячом, с булавами, гантелями, эспандерами, скакалкой и др.);

упражнения на снарядах (гимнастической стенке, наклонной плоскости, гимнастической скамейке, кольцах, механо-терапевтической аппаратуре, брусьях, перекладине, бревне); упражнения на тренажерах и т. п.

По видовому признаку и характеру выполнения – порядковые и строевые, подготовительные (вводные), корригирующие, на координацию движений и в равновесии, в сопротивлении, дыхательные, висы, упоры, подскоки и прыжки, ритмопластические упражнения и др.

Порядковые и строевые упражнения. Организуют и дисциплинируют больных, вырабатывая у них необходимые двигательные навыки (построение, перестроение, ходьба, повороты на месте, другие упражнения).

Подготовительные (вводные) упражнения. Подготавливают организм к предстоящей нагрузке.

Корригирующие упражнения. Уменьшают дефекты осанки, исправляют деформации отдельных частей тела. Нередко сочетаются с пассивной коррекцией (вытяжением на наклонной плоскости, ношением корсета, массажем). К ним относят любые движения, выполняемые из определенного исходного положения, обуславливающего строго локальное воздействие. При этом используется сочетание силовых напряжений и упражнений на растягивание. Например, при выраженном грудном кифозе (сутулости) корригирующее воздействие оказывают физические упражнения, направленные на укрепление мышц спины, растягивание и расслабление грудных мышц, а также мышц голени и стоп.

Упражнения на координацию движений и в равновесии. Применяются для тренировки вестибулярного аппарата (при гипертонической болезни, неврологических и других заболеваниях). Выполняются в следующих исходных положениях: основная стойка, стоя на узкой площади опоры, стоя на одной ноге, на носках, с открытыми и закрытыми глазами; с предметами и без них. К упражнениям на координацию относят также упражнения, формирующие бытовые навыки, утраченные в результате того или иного заболевания: застегивание пуговиц, шнурование обуви, зажигание спичек, открывание замка ключом и др. Широко используются также лепка, сборка детских пирамидок, составление узоров из мозаики и т. п.

Упражнения в сопротивлении. Применяются в восстановительном тренировочном периоде ЛФК. Способствуют укреплению мышц, повышению их эластичности; оказывают стимулирующее влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, обмен веществ.

Дыхательные упражнения (статические, динамические, дренажные). Используются при всех формах ЛФК. Благоприятно влияют на функцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем, стимулируют обменные и пищеварительные

процессы. Их успокаивающее действие используют при нарушении нервной регуляции различных функций организма, для более быстрого восстановления при утомлении и др.

Статические дыхательные упражнения выполняют в различных исходных положениях (без движений ног, рук и туловища); динамические дыхательные упражнения выполняют в сочетании с движениями конечностей и туловища. К дренажным упражнениям относят дыхательные упражнения, специально направленные на отток экссудата из бронхов; они используются при различных заболеваниях органов дыхания. Следует различать дыхательные дренажные упражнения и позиционный дренаж (специально заданные позиционные исходные положения, также направленные на отток экссудата по дыхательным путям, – по принципу «желоба»).

Висы, упоры, подскоки, прыжки. Разновидности гимнастических упражнений, которые включаются в занятия лечебной физической культурой в период выздоровления. Выполняются строго дозированно, под наблюдением инструктора.

Ритмопластические упражнения. Используются на санаторном и поликлиническом этапах реабилитации – для окончательного восстановления функции опорно-двигательного аппарата, а также при лечении неврозов, заболевании сердечно-сосудистой и других систем; выполняются под музыкальное сопровождение, с заданными ритмом и тональностью (в зависимости от функционального состояния больного и типа высшей нервной деятельности).

Упражнения на растягивание мышц (стретчинг). Применяются для увеличения эластичности мышечно-связочного аппарата и расслабления мышц. Также способствуют восстановлению работоспособности мышц после физических нагрузок.

Упражнения в воде (гидрокинезотерапия). Находят все большее применение в ЛФК. Теплая вода бассейна или ванной способствует расслаблению мышц, размягчению мягких тканей, повышению их эластичности, уменьшению спастики. Кроме того, вода снижает вес тела и отдельных его частей, облегчая выполнение упражнений. Физические упражнения в воде и плавание показаны при травмах ОДА, остеохондрозах и спондилезах, нарушениях осанки и сколиозах, при параличах и парезах и других страданиях.

Идеомоторные упражнения также используются особенно на больничном этапе). Выполняемые мысленно, они не только вызывают слабое сокращение мышц, но и улучшают их функциональное состояние, оказывают трофическое действие. Эти упражнения применяются при параличах и парезах, при

длительной иммобилизации, когда больной не может активно выполнять упражнения.

Изометрические (статические) упражнения. Сокращения мышц, при которых они развивают напряжение, но не изменяют своей длины, называются статическими (изометрическими). Например, если больной поднимает ногу вверх из исходного положения лежа на спине и удерживает ее в течение некоторого времени. Он таким образом выполняет вначале динамическую работу (подъем), а затем статическую; другими словами, мышцы бедра- сгибатели выполняют изометрическое сокращение.

Изометрические напряжения мышц используют в виде ритмических (выполнение движений в ритме 30-50 в мин) и длительных (напряжение мышц 3 с и более). Обычно назначают с 3-5 дня травмы и заболевания с 3-5 с и увеличивая до 5-7 с. Более длительная экспозиция 7 с не дает большого клинического эффекта, а наоборот вызывает резкие вегетативные сдвиги, выражающиеся в период мышечного напряжения задержкой дыхания, а в «послербочее время» учащением пульса и дыхания.

Упражнения на тренажерах находят все большее применение при реабилитации больных и инвалидов. Использование тренажеров позволяет точно дозировать нагрузку и развивать необходимые физические качества: выносливость, силу мышц и др. Для тренировки сердечно-сосудистой системы применяются: велотренажеры (ножные и ручные), гребные тренажеры, тредбаны («бегущая дорожка»), лыжный тренажер и др. Для развития силы различных групп мышц существуют разнообразные тренажеры: блоковые, Кеттлера, Давида и др. В нашей стране разработаны тренажеры нового поколения профессора В.К.Зайцева.

Спортивно-прикладные упражнения. Из этой группы упражнений в ЛФК наиболее часто используют дозированные ходьбу, бег, прыжки; метания и лазания; упражнения в равновесии; поднятие и переноску тяжестей; дозированные греблю, ходьбу на лыжах, катание на коньках, езду на велосипеде, лечебное плавание.

Применение спортивно-прикладных упражнений способствует восстановлению поврежденного органа и организма в целом; воспитывает у больных сознательное отношение к занятиям и уверенность в своих силах.

Дозированная ходьба. Укрепляет мышцы не только нижних конечностей, но и всего организма за счет ритмичного чередования их напряжения и расслабления. В результате улучшаются крово- и лимфообращение, дыхание, обмен веществ, оказывается общеукрепляющее воздействие на организм.

Дозированный бег. Равномерно развивает мускулатуру тела, тренирует сердечно-сосудистую и дыхательную системы, улучшает обмен веществ и функцию дыхания. На занятиях лечебной гимнастикой бег применяется для достаточно тренированных к нему больных с индивидуальной дозировкой (при тщательном врачебно-педагогическом контроле).

Дозированные прыжки. Относятся к кратковременным интенсивным упражнениям, применяемым в период выздоровления с индивидуальной дозировкой (с контролем пульса).

Упражнения в метании. Помогают восстановить координацию движений, улучшают подвижность суставов, развивают силу мышц конечностей и туловища, увеличивают скорость двигательных реакций. На занятиях лечебной гимнастикой используются набивные мячи, диски, мячи с петлей, гранаты.

Лазания по гимнастической стенке и канату. Способствуют увеличению подвижности в суставах, развитию силы мышц туловища и конечностей, координации движений.

Упражнения в равновесии. Применяются при поражении вестибулярного аппарата, при ампутации нижней конечности, заболеваниях и повреждениях нервной системы.

Дозированная гребля. Применяется с целью общей тренировки организма, выработки ритмичности движений, способствующих углублению дыхания, развитию и укреплению мышц верхних конечностей и туловища, подвижности позвоночника. Повышение внутрибрюшного давления при гребле положительно влияет на процесс пищеварения и тканевый обмен. Применение гребли в условиях чистого, ионизированного воздуха, насыщенного водяными парами, оказывает оздоровительное влияние на организм.

Занятия греблей назначаются в дозированной форме, с указанием кратковременных пауз для отдыха и глубокого дыхания (при врачебно-педагогическом контроле).

Дозированная ходьба на лыжах. Активизирует работу мышц всего тела, улучшает обмен веществ, деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной систем, тренирует вестибулярный аппарат, повышает мышечный тонус, улучшает настроение, способствует нормализации состояния нервной системы.

Дозированное катание на коньках. Тренирует сердечно-сосудистую, дыхательную и нервную системы, улучшает обмен веществ, развивает координацию движений, укрепляет вестибулярный аппарат. Назначается в период выздоровления хорошо тренированным лицам, умеющим кататься на коньках (при врачебно-педагогическом контроле).

Дозированное лечебное плавание. Повышает теплоотдачу, улучшает обмен веществ, кровообращение и дыхание, укрепляет мышцы всего тела, нервную систему, закаливает организм.

Дозированная езда на велосипеде. Применяется с общеоздоровительной целью, для укрепления мышц и развития движений в суставах нижних конечностей; тренирует сердечно-сосудистую и дыхательную системы, вестибулярный аппарат.

Упражнения в посылке импульсов к сокращению мышц (к выполнению движений) применяются при параличах и парезах, когда активные движения отсутствуют или резко ослаблены. Рекомендуется сочетать посылки импульсов с пассивными движениями – это способствует улучшению проводимости по центrostремительным и центробежным нервам.

Дозированные игры:

- на месте,
- малоподвижные,
- подвижные
- спортивные)

применяются в АФК для воспитания решительности, настойчивости, сообразительности, ловкости, смелости, дисциплинированности; положительно воздействуют на деятельность всех органов и систем. Игры включают в занятия на этапе выздоровления. Проведение всех видов игр осуществляется при врачебно-педагогическом контроле.

Естественные факторы природы (закаливание) применяются в следующих видах (солнечные ванны); аэрация (прием воздушных ванн); частичные или общие обливания, обтирания и гигиенические души; купание в пресной или морской воде.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 40
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.2. Содержание программ по адаптивному физическому воспитанию для занимающихся дошкольного возраста с различными особенностями психофизического развития

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика содержания разделов «Физическое воспитание» и «Физическое развитие и воспитание»
2. Характеристика «Программы воспитания и образования детей с нарушениями зрения».
3. Характеристика «Программы воспитания и образования детей с нарушением слуха для специальных дошкольных заведений».
4. Характеристика «Программы воспитания и образования детей с тяжелыми нарушениями речи».

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

1. Характеристика содержания разделов «Физическое воспитание» и «Физическое развитие и воспитание».

Главным нормативным документом, по которому осуществляется воспитание и обучение детей в дошкольных учреждениях Республики Беларусь является «Учебная Программа дошкольного образования» разработанная и одобренная Министерством образования республики Беларусь. Учебная программа дошкольного образования является техническим нормативным правовым актом и определяет цели и задачи изучения образовательных областей, их содержание, время, отведенное на изучение тем, виды деятельности, рекомендуемые формы и методы обучения и воспитания. Содержание учебной программы дошкольного образования разработано в соответствии с Кодексом Республики Беларусь об образовании

от 13 января 2011 года, образовательными стандартами дошкольного образования. В структуру учебной программы дошкольного образования (далее учебная программа) входят «Пояснительная записка», «Характеристика физического и психического развития ребенка», «Содержание дошкольного образования», «Показатели развития воспитанника», приложения, список рекомендуемой литературы. В разделе «Характеристика физического и психического развития ребенка» представлены подробные описания психического и физического развития детей в периоды от рождения до одного года, от одного года до двух лет, от двух до трех лет, от трех до четырех лет, от четырех до пяти лет, от пяти до шести лет, от шести до семи лет, в которых выделен ведущий вид деятельности, отражена сущность формирования психических познавательных процессов и способов познания, раскрыта динамика развития ребенка в условиях разнообразных видов деятельности, представлен примерный распорядок дня. Содержание учебной программы представлено базовым компонентом и содержанием образовательных услуг сверх базового компонента в соответствии с количеством часов, установленным документом - «Типовой учебный план дошкольного образования». Базовый компонент - минимальное обязательное содержание дошкольного образования, которое соотносится с целью дошкольного образования, имеет развивающую и воспитывающую направленность. Базовый компонент показан в смысловых содержательных блоках, отражающих целевую сущность направлений развития воспитанников и содержание соответствующих им образовательных областей.

С учетом целей и задач содержание учебной программы структурировано по пяти направлениям: физическое, социально-нравственное и личностное, познавательное, речевое, эстетическое развитие воспитанника. Каждое направление представлено образовательными областями (отдельными дидактическими единицами содержания), которые в единстве составляют его комплексную характеристику. Направление «Физическое развитие воспитанника». Содержание реализуется в образовательной области «Физическая культура» и предусматривает формирование культуры движений (ходьба, бег, прыжки, лазанье, броски) и их освоение, активности, позитивного отношения к миру и себе, основ здорового образа жизни, первичных представлений о здоровье, способах его сохранения и укрепления, воспитание физических и личностных качеств.

Для дошкольников с ограничениями здоровья существуют отдельные специально разработанные программы.

2. Характеристика «Программы воспитания и образования детей с нарушениями зрения».

Содержание программы разработано с учетом сенситивных периодов в развитии психических процессов в условиях визуальной депривации. В программе учитываются формирующая сенсорная организация ребенка, индивидуальные особенности зрения, состояния остроты зрения, поля зрения, светоощущение, цветоощущение, функциональные изменения остроты зрения.

Программа представлена четырьмя разделами:

- Развитие зрительного восприятия
- социально-бытовая ориентировка
- пространственное ориентирование и мобильность
- развитие познавательной деятельности.

К каждому разделу программы приведена краткая пояснительная записка, сформулированы цели и задачи коррекционно-развивающей работы, выделен контрольно-оценочный компонент, который может использоваться при проведении педагогической диагностики.

Подразделы программы содержат необходимый материал для организации коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими нарушения зрения. Основной формой обучения социально-бытовой ориентировке, пространственному ориентированию и мобильности, развитию зрительного восприятия, развитию познавательной деятельности является коррекционно-развивающее занятие (индивидуальные или групповые) проводимые тифлопедагогом в условиях специальных дошкольных учреждениях для детей с нарушениями зрения или группах интегрированного обучения.

3. Характеристика «Программы воспитания и образования детей с нарушением слуха для специальных дошкольных заведений».

Содержание программы разработано с учетом общих закономерностей развития детей дошкольного возраста и направлено на обеспечение разностороннего развития ребенка с нарушением слуха. Учитывая тот факт, что ребенок в условиях слуховой депривации не готов к усвоению не только общеобразовательных программ, но и жизненно важных социальных навыков на разных возрастных этапах развития. Поэтому основными целями дошкольного образования детей с нарушениями слуха является создание условий, которые обеспечивали бы их эмоциональное, социальное, интеллектуальное развитие и формирование положительных личностных качеств.

Настоящая программа предназначена для работы с детьми с нарушением слуха (глухими и слабослышащими) преддошкольного и

дошкольного возраста (1,5-7 лет). Программа содержит необходимый материал для организации воспитательно-образовательного процесса по всем направлениям работы с каждой возрастной группой (1,5-3 года, 3-4 года, 4-5 лет, 5-6 лет, 6-7 лет), обеспечивающий всестороннее развитие ребенка, создающий готовность к обучению в школе.

Программа включает 6 разделов:

1. Физическое развитие и физическое воспитание.
2. Познавательное развитие, сенсорное воспитание, формирование мышления, развитие слухового восприятия, ознакомление с окружающим миром, формирование элементарных математических представлений.
3. Формирование деятельности: формирование произношения, развитие и формирование коммуникативных способностей, обучение игре, изобразительная деятельность и конструирование, трудовое воспитание.
4. Эстетическое воспитание: музыкальное воспитание и театрализованная деятельность, эстетическое воспитание средствами изобразительного искусства.
5. Формирование основ личности: нравственное развитие и нравственное воспитание.
6. Работа с семьей.

К каждому разделу определены годовые задачи коррекционно-развивающей работы и сформулированы умения, которыми дети должны овладеть к концу учебного года. Ежегодно на каждого ребенка заполняется карта «Результаты коррекционно-развивающего обучения».

В разделе «Физическое развитие и воспитание» описаны задачи обучения по каждому возрастному периоду, основное содержание работы – описаны те умения и навыки, которыми должны овладеть дети за период обучения, перечислены упражнения, игры и необходимый речевой материал, который используется в качестве речитативов, в ходе выполнения различных упражнений. Также определены показатели развития, которых должны достичь дети за период обучения – знания, умения, навыки.

4. Характеристика «Программы воспитания и образования детей с тяжелыми нарушениями речи».

Программа определяет содержание работы, условия и формы коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями речи.

Воспитатель группы детей проводит занятия по адаптивному физическому воспитанию – на первом году обучения предусматриваются занятия по сенсорному развитию и играм. Содержание программы обеспечивает вариативность и личностную ориентацию образовательного процесса с учетом индивидуальных возможностей и потребностей детей.

Программный материал рассчитан на четырехлетний срок обучения и охватывает различные направления педагогической работы, которые обеспечивают всестороннее развитие детей.

Программой предусмотрено проведение осенних, зимних и весенних каникул, в период которых учитель-дефектолог (учитель-логопед) проводит с детьми только индивидуальные занятия.

Раздел «Физическое воспитание» размещается в разделе Основное содержание работы воспитателей. В нем описаны основные формы работы - физкультурные занятия, утренняя гимнастика, физкультминутки, подвижные игры, физические упражнения после сна, спортивный досуг и праздники, самостоятельная двигательная деятельность детей, индивидуальная работа по развитию движений. Программой предусматривается постепенное овладение детьми конкретными умениями, навыками, знаниями. Длительность занятий и физические нагрузки индивидуальны и изменяются в зависимости от состояния здоровья и самочувствия детей. Основной вид деятельности в этом возрасте является игра, поэтому подвижные игры могут быть составной частью физкультурных, музыкальных занятий, праздничных утренников и прогулок. Подвижные игры (бессюжетные, игры с предметами, игры-инсценировки) подбираются с учетом физических и речевых возможностей детей, что позволяет ребенку усвоить простые движения и постепенно подготовить его к овладению более сложными, комбинированными движениями.

Активное участие ребенка в игре способствует преодолению речевого нарушения: нормализации дыхания, развитию просодических компонентов речи, формированию чувства ритма, гармоничности движений, проявлению речевой и творческой активности. Обязательны упражнения на релаксацию в конце занятий.

Раздел «Сенсорное развитие» - содержание данного раздела направлено на последовательное развитие у детей восприятия свойств и качеств предметов. Основным направлением работы является формирование у детей ориентировочной деятельности, которая реализуется в виде перцептивных действий, которые позволяют формировать целостный образ предмета. Накопление чувственно-практического опыта способствует освоению детьми системы сенсорных эталонов.

В разделе программы «Основное содержание работы музыкального руководителя» описано музыкальное воспитание – оно направлено на развитие физических, сенсорных, интеллектуальных, музыкальных способностей детей. На занятиях по музыкальному воспитанию работа осуществляется по следующим направлениям – слушание музыки, пение,

музыкально-ритмические движения, музыкально-дидактические игры, игры на музыкальных инструментах.

На занятиях широко используются упражнения, способствующие развитию основных движений, мелких мышц руки, активизации внимания, воспитания чувства музыкального ритма, ориентировки в пространстве. Особое внимание уделяется танцевальным движениям, хороводным играм в сочетании со словом и пением.

В программе описан Примерный учебный план (на 32 недели) в котором на адаптивное физическое воспитание выделяется 64 часа в год, на сенсорное воспитание – 32 часа в год, игра – 32 часа, и на музыкальное воспитание – 64 часа в год.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА: ОСНОВНАЯ

1. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.

2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под ред. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

3. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Учебная программа дошкольного образования/ учебное издание // редакторы Л.Б. Сопот, Е.И.Иванова. Научно-методическое учреждение «Национальный институт образования» Министерства образования Республики Беларусь. – Минск. – 2009. – 400с.
2. Проект программы «Воспитание и обучение детей с нарушениями зрения (программы коррекционно-развивающей работы) сайт «Asasbliva.by».
3. Программа для специальных дошкольных учреждений «Воспитание и обучение детей с тяжелыми нарушениями речи». /авторы-составители: Ю.Н.Кислякова, Л.Н.Мороз, учебное издание, редактор Л.В. Демид,

Научно-методическое учреждение «Национальный институт образования» Министерства образования Республики Беларусь. – Минск. – 2007. – 280с.

4. Программа для специальных дошкольных учреждений «Воспитание и обучение детей с нарушением слуха». /авторы-составители: Т.И. Обухова, учебное издание, редактор Л.В. Демид, Научно-методическое учреждение «Национальный институт образования» Министерства образования Республики Беларусь. – Минск. – 2006. – 290с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 41
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.3. Содержание программ по адаптивному физическому воспитанию для занимающихся школьного возраста с различными особенностями психофизического развития

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика содержания разделов АФВ «Сборника программ для центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» для 1-4 и 5-9 классов.
2. Базовый и вариативный компоненты программы по АФВ для занимающихся в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, их характеристика.
3. Примерное распределение часов, содержание теоретического и практического разделов базового и вариативного компонентов программы.
4. Средства по годам обучения с учетом показаний, ограничений и противопоказаний к применению физических упражнений, обусловленных состоянием здоровья занимающихся.
5. Требования к знаниям, умениям и навыкам учащихся, декларируемые базовым и вариативным компонентами программы по адаптивному физическому воспитанию.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

1. Характеристика содержания разделов АФВ «Сборника программ для центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» для 1-4 и 5-9 классов.

Учебная программа по учебному предмету «Адаптивная физическая культура» для I—IX классов центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (характеристика). Учебная программа по учебному предмету «Адаптивная физическая культура» предназначена к использованию педагогическими работниками ЦКРОиР, учителями адаптивной физической культуры, руководителями физического воспитания, инструкторами-методистами по физической реабилитации, занимающимися с детьми с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями, а также может учитываться инструкторами по лечебной физкультуре в ходе работы с детьми данной категории.

В образовательном процессе важным является включение учащихся в социальное взаимодействие. На первый план выходит учебная деятельность, удовлетворяющая потребности и интересы учащихся и направленная на овладение учащимися жизненно важными умениями и навыками, в том числе двигательными. Этому содействуют занятия адаптивной физической культурой, которые раскрывают широкие возможности физических упражнений в социальной реабилитации детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями. Социализация личности ребенка путем вовлечения его в занятия адаптивной физической культурой представляет совокупность педагогических коррекционно-компенсаторных мер по включению в деятельность и по налаживанию адекватных взаимоотношений со сверстниками. Обучение и воспитание детей с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями в условиях центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (далее – ЦКРОиР) носят специфический характер как по организации, так и по содержанию образовательного процесса, в том числе и по учебному предмету «Адаптивная физическая культура». Учебные занятия по адаптивной физической культуре с детьми рассматриваемой категории направлены на укрепление их здоровья, развитие двигательных, умственных и компенсаторных способностей, коррекцию имеющихся отклонений, расширение возможностей социальной адаптации.

В зависимости от направленности уроки адаптивной физической культуры подразделяются на:

- уроки образовательной направленности — для обучения разнообразным двигательным умениям и формирования специальных знаний;

- уроки коррекционно-развивающей направленности — для развития и коррекции физических качеств и координационных способностей, коррекции движений, коррекции сенсорных систем и психических функций с помощью физических упражнений;

- уроки оздоровительной направленности — для коррекции осанки, плоскостопия, профилактики соматических заболеваний, нарушений сенсорных систем, укрепления сердечно-сосудистой и дыхательной систем;

- уроки лечебной направленности — для лечения, восстановления и компенсации утраченных или нарушенных функций при хронических заболеваниях, травмах и т.п.;

- уроки спортивной направленности — для ознакомления с элементами доступных видов спорта;

- уроки рекреационной направленности — для организованного досуга, отдыха, игровой деятельности.

Такое деление уроков носит условный характер, отражая лишь преимущественную направленность урока. Фактически каждый урок содержит элементы обучения, воспитания, развития, коррекции, компенсации и профилактики. Наиболее типичными для обучения детей рассматриваемой категории являются комплексные уроки, включающие в свое содержание одновременно несколько из перечисленных направлений. Прежде чем приступать к учебным занятиям, педагог изучает данные по обследованию врачами каждого ребенка с целью выявления проблем его физического состояния, особенностей развития моторики и т.п. Следует еще раз подчеркнуть, что данная программа не рассчитана на работу с детьми с тяжелыми нарушениями функций опорно-двигательного аппарата либо может частично использоваться инструктором по лечебной физкультуре с предварительной консультацией врача и уточнением особых проблем и потребностей детей данной категории.

2. Базовый и вариативный компоненты программы по АФВ для занимающихся в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, их характеристика.

Базовый компонент.

Практическая направленность уроков адаптивной физкультуры обеспечивается их содержанием. Педагогом подбираются движения, которые

являются практическими, ежедневно необходимыми действиями, например открывать и закрывать двери с различными ручками, умываться, причесываться, ходить, перешагивать, подниматься и спускаться по лестнице, завязывать шнурки, поднимать, опускать предметы, перемещать их, копать, сгребать, стирать, выжимать, развешивать и др.

Любое действие обыгрывается и преподносится с учетом конкретности восприятия ребенка, для этого используются различные дополнительное оборудование и наглядный материал, например: прыгаем, как заяц — педагог показывает заводную игрушку зайца, перешагиваем через лужу — применяется аппликация на пол, вырезанная из голубого линолеума, и т.п. Обыгрывание происходит с обязательной опорой на жизненный опыт занимающихся детей.

Для повышения активности детей, их заинтересованности в занятиях педагог обращает внимание на четкость произнесения команд и доступность их понимания детям, на приятное музыкальное сопровождение урока, на привлекательное оформление спортзала и свою красивую форму, на тщательный подбор инвентаря, показ упражнений и выполнение их перед зеркалом. При благоприятных погодных условиях уроки адаптивной физкультуры проводятся на свежем воздухе.

Нагрузка во время уроков подбирается с обязательным учетом психофизического состояния здоровья каждого ребенка. Педагог следит за соблюдением техники безопасности и предупреждением травматизма на занятии. В случае необходимости и с учетом индивидуальных возможностей учащихся выполнение заданий с I по IX классы (например, бег, прыжки и др.) осуществляется с непосредственной помощью педагога (поддержка, страховка, индивидуальное сопровождение учащегося за руку и др.).

При проведении адаптивных физкультурных игр с детьми с тяжелыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями педагогом учитываются интеллектуальные и моторные возможности детей, подбираются интересные и понятные детям игры. Предложенные примерные уровни достижений за два периода обучения в ЦКРОиР — за I—IV классы и за V—IX классы являются примерными (ориентировочными, приблизительными) и даются дифференцированно — на базовом уровне и уровне достижений ниже базового, что позволяет в определенной мере учитывать индивидуальные возможности учащихся. Вместе с тем отметим, что специфика контингента учащихся в ЦКРОиР нацеливает педагогов на местах на избирательный подход к выделенным уровням, которые являются лишь некоторым ориентиром. Отправной точкой определения уровней

достижений всегда есть и будут индивидуальные возможности учащихся ЦКРОиР.

Вариативный компонент. К вариативному компоненту относятся все виды деятельности физкультурного характера, которые способствуют повышению психо-эмоционального состояния детей с инвалидностью, обучающихся в ЦКРОиР. Это - занятия ритмикой и танцами (в том числе и на инвалидных колясках), адаптивные настольные игры, музыкально-театрализованная деятельность, элементы спортивных игр и т.д.

6. Примерное распределение часов, содержание теоретического и практического разделов базового и вариативного компонентов программы.

7. Средства по годам обучения с учетом показаний, ограничений и противопоказаний к применению физических упражнений, обусловленных состоянием здоровья занимающихся.

8. Требования к знаниям, умениям и навыкам учащихся, декларируемые базовым и вариативным компонентами программы по адаптивному физическому воспитанию.

Программное содержание

1-2 классы (102 ч – 60 часов – базовый компонент, 42 – вариативный)

Средства:

- Дыхательная гимнастика.
- Физкультурные упражнения, имитирующие движения бытового назначения.
- Упражнения на развитие двигательных умений: ходьба, перешагивание, прыжки, бег.
- Общеразвивающие упражнения с предметами и без предметов.
- Формирование правильной осанки и вестибулярного аппарата .
- Упражнения на развитие мелкой моторики. Выполнение пальчиковой гимнастики.
- Подвижные игры
- Упражнения на релаксацию.

3-9 классы (105 ч – 60 часов – базовый компонент, 45 – вариативный)

Средства те же, постепенно увеличивать сложность и количество повторений, повышать уровень физических и психических нагрузок.

Примерный уровень достижений за период обучения в I—IV классах.

Базовый уровень. Учащиеся могут:

- выполнять физкультурные упражнения, имитирующие движения бытового назначения: «умываемся, чистим зубы, моем руки, вытираемся полотенцем, открываем за ручку дверь», движения руками «надень и сними»;
- ходить стайкой за педагогом;
- строиться парами и ходить не держась за руки по прямой, по кругу;
- при ходьбе обходить предметы;
- бегать медленно по прямой и по кругу;
- прыгать на детском батуте (с помощью педагога);
- спрыгивать с гимнастической скамейки (с помощью педагога);
- покачиваться на фитболе (с помощью педагога); — выполнять упражнения руками — поднимать, опускать руки по показу;
- переступать через лежащую гимнастическую палку (с помощью педагога);
- совершать наклоны вперед; — подниматься на гимнастическую скамейку высотой 20 см («Поднимаемся по лестнице»); спускаться с гимнастической скамейки (с поддержкой педагогом);
- выполнять простую пальчиковую гимнастику: сжимание и разжимание пальцев рук, упражнения с использованием массажных мячиков;
- играть в подвижные игры «Цветной парашют», «Тоннель» и др.; — расслабляться по инструкции педагога под музыку, лежа на ковре.

Уровень ниже базового.

Учащиеся могут: — выполнять физкультурные упражнения, имитирующие движения бытового назначения: «умываемся, моем руки, вытираемся полотенцем»; — ходить стайкой по прямой, по кругу за педагогом; — бегать медленно по прямой и по кругу; — спрыгивать с гимнастической скамейки (с помощью педагога); — покачиваться на фитболе (с поддержкой педагогом); — совершать повороты в стороны (с помощью педагога); — сжимать и разжимать пальцы рук; — пытаться лежать на ковре под музыку с целью расслабления (с помощью педагога).

Примерные уровни достижений за период обучения в V—IX классах.

Базовый уровень.

Учащиеся могут:

- выполнять вдох и выдох в различных и.п.: сидя, стоя, лежа; выдувать мыльные пузыри; пытаться восстанавливать дыхание после физических нагрузок: руки вверх — вдох, руки вниз с наклоном вперед — выдох;
- выполнять различные физкультурные упражнения, имитирующие

- движения бытового назначения: умывания, причесывания, приема пищи, ухода за одеждой и обувью, за порядком в классе и т.п.; умения выполнять движения сгребания, полива, подметания, копания почвы, движения по переносу тяжестей;

— строиться в шеренгу; в колонну по одному и по два; парами;

— ходить друг за другом; парами (не держась за руки); по прямой; по кругу;

— при ходьбе перешагивать через препятствия, обходить предметы;

— бегать медленно по одному и парами, по прямой и извилистой дорожкам; по кругу; с остановками по звуковому сигналу; с огибанием предметов;

— ползать на четвереньках по прямой по ковру; переползать через один предмет (несколько предметов), ползать с использованием спортивного оборудования («Тоннель»);

— прыгать на детском батуте (с помощью педагога); подпрыгивать на двух ногах;

— подпрыгивать вверх на месте с касанием висящего предмета;

— удерживать, прокатывать, бросать и ловить мячи, разные по весу, размеру и материалу;

— бросать мешочки с песком вперед двумя руками;

— попадать мячами в вертикальную и горизонтальную цели;

— выполнять основные движения руками: вперед, вверх, в стороны, на пояс, к плечам, за спину, опускать руки вниз одновременно; держать руки перед грудью;

— в положении руки в стороны сжимать и разжимать кисти рук, вращать кистями рук;

— выполнять упражнения руками с использованием различных предметов и массажных мячиков;

— выполнять махи ногой вперед-назад, держась рукой за рейку, лестницу;

— выполнять наклоны туловища вперед, назад, влево, вправо; в положении стоя круговые вращения туловища — руки на поясе;

— лежа на спине, поднимать вверх и опускать ноги по очереди; переворачиваться со спины на живот и обратно;

— ходить, раскладывая и собирая мешочки с песком;

— выполнять медленные движения головой вперед-назад, влево-вправо;

— выполнять пальчиковую гимнастику: сжатие и разжатие пальцев рук, упражнения с использованием массажных мячиков;

- играть в подвижные игры «Цветной парашют», «Тоннель» и др.;
- расслабляться по инструкции педагога под музыку, лежа на ковре.

Уровень ниже базового.

Учащиеся могут:

- выполнять дыхательные упражнения «Мыльные пузыри»;
- выполнять физкультурные упражнения, имитирующие движения бытового назначения: «умываемся, моем руки, вытираемся полотенцем»,
- движения руками «надень и сними», «перенесем тяжести»;
- строиться в колонну по одному; парами;
- ходить друг за другом; парами (с помощью педагога);
- при ходьбе перешагивать через препятствия;
- бегать медленно по одному и парами, по прямой, по кругу;
- ползать на четвереньках по прямой по ковру;
- прыгать на детском батуте с помощью педагога;
- удерживать, бросать мячи;
- выполнять основные движения руками: вперед, вверх, в стороны, на пояс, вниз;
- выполнять наклоны туловища вперед, назад, влево, вправо;
- ходить, собирая мешочки с песком;
- выполнять медленные движения головой вперед-назад, влево-вправо;
- выполнять простую пальчиковую гимнастику: сжатие и разжатие пальцев рук;
- выполнять упражнения руками с использованием массажных мячиков;
- играть в доступные подвижные игры (с помощью педагога);
- расслабляться с помощью педагога под музыку, лежа на ковре.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

ОСНОВНАЯ

1. Курдыбайло, С.Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие. / С.Ф. Курдыбайло, С.П. Евсеев, Г.В. Герасимова Под ред. д.м.н. С.Ф.Курдыбайло. – М.: Советский спорт, 2003. – 184 с.
2. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник. Под общ. ред. проф. Л.В.Шапковой. – М.: Советский спорт, 2007. – 608 с.
3. Шапкова, Л.В. Средства адаптивной физической культуры: метод. рекоменд. по физкультурно-оздоровительным занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии / Л.В. Шапкова – М.: Советский спорт, 2001. – 152 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

5. Учебная программа по учебному предмету «АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА» для I—IX классов центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 42
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.5. Методика занятий по адаптивному физическому воспитанию у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика детей с нарушениями слуха (основной дефект и вторичные отклонения).
2. Цель на занятиях по АФВ у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях.
3. Задачи теоретического и практического разделов программы по АФВ у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях.
4. Схема построения занятия по АФВ у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях, ее особенности в от возраста.
5. Подготовительный и основной периоды в учебно-воспитательном процессе по АФВ.
6. Средства АФК. Особенности дозирования физической нагрузки и организация контроля ее переносимости на занятиях по АФВ.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. *Характеристика детей с нарушениями слуха (основной дефект и вторичные отклонения).*

Недостаточно точная координация и неуверенность движений, что проявляется в основных двигательных навыках;

относительная замедленность овладения двигательными навыками;

трудность сохранения у глухих статического и динамического равновесия;

относительно низкий уровень развития пространственной ориентировки;

замедленная реагирующая способность, скорость выполнения отдельных движений и темпа двигательной деятельности в целом;

отклонения в развитии моторной сферы: мелкой моторики кисти и пальцев рук, согласованности движений отдельных звеньев тела во времени и пространстве, переключаемости движений, дифференцировки и ритмичности движений, расслабления, совокупность которых характеризует нарушения координационных способностей;

отставание в развитии жизненно важных двигательных способностей: скоростно-силовых, силовых, выносливости и других, характеризующих физическую подготовленность детей и подростков:

1) в снижении уровня развиты основных физических качеств: отставание от нормы в показателях силы основных мышечных групп туловища и рук, скоростно-силовых качествах, скоростных качеств от 12 до 30%;

2) в трудности сохранения статического и динамического равновесия: отставание от нормы в статическом равновесии до 30%, динамическом — до 21%;

3) в недостаточно точной координации и неуверенности движений, что особенно заметно при овладении навыком ходьбы;

4) в относительно низком уровне ориентировки в пространстве;

5) в замедленной скорости выполнения отдельных движений, темпа двигательной деятельности в целом по сравнению со слышащими детьми своеобразно идет развитие познавательной сферы неслышащих детей. У них не формируется с рождения слуховое внимание.

2. Цель на занятиях по АФВ у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях.

Основной целью коррекционно-развивающего обучения и воспитания является:

- Преодоление речевых (зрительных, интеллектуальных) нарушений;
- Вторичных проявлений, вызванных недоразвитием речи (зрительного анализатора, интеллектуального недоразвития);
- Социальная адаптация;
- Интеграция детей в общество.

3. Задачи теоретического и практического разделов программы по АФВ у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях.

1. Коррекция и развитие способности к усвоению ритма движений
2. Коррекция и развитие способности к быстрому реагированию.
3. Коррекция и развитие способности к дифференцированию временных, силовых, пространственных параметров движения.
4. Коррекция и развитие координации движений
5. Коррекция и развитие способности к быстрому реагированию
6. Коррекция и развитие способности к динамическому равновесию
7. Коррекция и развитие способности к пространственной ориентации
8. Коррекция и развитие мелкой моторики пальцев

4. Схема построения занятия по АФВ у детей с нарушениями слуха в дошкольных и школьных учреждениях, ее особенности в от возраста.

Каждый урок физической культуры состоит из трех функционально связанных составных частей: подготовительной, основной, заключительной.

1. Подготовительная часть урока. Основная ее цель — подготовить занимающихся к выполнению упражнений в основной части занятия. Исходя из этого в подготовительной части решаются следующие методические задачи:

- обеспечение первоначальной организации занимающихся их психического настроя на занятие;
- активирование внимания и повышение эмоционального состояния занимающихся;
- обеспечение общей функциональной готовности организма активной мышечной деятельности (выполнение несложных физических упражнений);
- обеспечение специальной готовности к первому виду упражнений основной части урока (выполнение подводящих и подготовительных упражнений).

В подготовительную часть урока включают игровые задания (2— мин) для активизации внимания и повышения эмоционального состояния занимающихся («Класс, смирно!», «Делай наоборот - «Мы не слышим», «Мы не видим» и др.), упражнения умеренной интенсивности, строевые упражнения, различные виды ходьбы, бега, упражнения в движении; комплекс общеразвивающих упражнений в строю и отдельные специально подготовительные упражнения (на месте в разомкнутом строю) без предметов, с предметами и отягощениями; упражнения на гимнастической стенке и скамейках и др.

Рекомендуется такой порядок выполнения общеразвивающих упражнений: ходьба, бег, упражнения для рук и плеч, упражнения для туловища, упражнения для ног, прыжки, дыхательные упражнения и упражнения на расслабление.

Общая продолжительность подготовительной части составляет 10—20% от общего времени урока и зависит от продолжительности занятия, вида учебного материала, температуры окружающей среды и др.

2. Основная часть урока. Цель основной части — решение наиболее значимых оздоровительных, образовательных и воспитательных задач, предусмотренных учебной программой и планом данного урока.

В основной части вначале разучиваются новые двигательные действия или их элементы. Закрепление и совершенствование усвоенных ранее навыков проводится в середине или конце основной части урока. Упражнения, требующие проявления скоростных, скоростно-силовых качеств, тонкой координации движений выполняют в начале основной части урока, а упражнения, связанные с силой и выносливостью, — в конце. Причем воспитание специальной выносливости, если она запланирована, осуществляется раньше, чем воспитание общей выносливости. Состав всех упражнений в основной части урока должен быть таким, чтобы они оказывали разностороннее влияние.

Продолжительность основной части урока зависит от продолжительности занятия, объема и интенсивности нагрузки, пола и возраста, занимающихся и др. В рамках школьного урока физической культуры она обычно длится 25—30 мин.

3. Заключительная часть урока. Цель заключительной части урока — постепенное снижение функциональной активности организма занимающихся и приведение его в относительно спокойное состояние. В соответствии с этой целью решается ряд методических задач:

— снижение физиологического возбуждения и излишнего напряжения отдельных групп мышц (медленный бег, спокойная ходьба, упражнения в глубоком дыхании и на расслабление, самомассаж);

— регулирование эмоционального состояния (успокаивающие подвижные игры, игровые задания, упражнения на внимание);

— подведение итогов урока с оценкой преподавателем результатов деятельности занимающихся (здесь необходимо предусмотреть дальнейшее стимулирование сознательной активности занимающихся на последующих уроках);

сообщение домашнего задания для самостоятельных занятий физическими упражнениями, для подтягивания «слабых мест».

Длительность заключительной части урока 3—5 мин.

5. Подготовительный и основной периоды в учебно-воспитательном процессе по АФВ.

Структура современной комплексной программы состоит из: базовой части и коррекционный компонента.

Их содержание меняется в зависимости от содержания программы, ориентированной на определенного ребенка

В учебно-воспитательном процессе выделяют следующие периоды:

- Подготовительный
- Основной.

6. Средства АФК. Особенности дозирования физической нагрузки и организация контроля ее переносимости на занятиях по АФВ.

Средства адаптивной физической культуры.

Физические упражнения.

Общеразвивающие упражнения:

1. Упражнения, связанные с перемещением тела в пространстве: ходьба, прыжки, ползание, плавание, передвижение на лыжах.

2. Общеразвивающие упражнения: 1) без предметов; 2) с предметами (флажки, ленты, гимнастические палки, обручи, малые и большие мячи и др.);

3) на снарядах (гимнастическая стенка, кольца, гимнастическая скамейка, лестница, тренажеры).

3. Упражнения на развитие силы, быстроты, выносливости, гибкости.

Специальные упражнения:

1. Упражнения на развитие координационных способностей: равновесие; согласованность движений рук, ног, головы, туловища; согласованность движений с дыханием; ориентировка в пространстве; дифференцировка усилий, времени и пространства; ритмичность движений, расслабление; упражнения на развитие мелкой моторики кистей и пальцев рук.
2. Дыхательные упражнения;
3. Упражнения, направленные на развитие вибрационной, кожной чувствительности;
4. Упражнения на коррекцию осанки, сводов стопы, телосложения, укрепления мышц спины, живота, рук и плечевого пояса, ног.
5. Художественно-музыкальные упражнения: ритмика, танец, элементы хореографии и ритмопластики;
6. Упражнения с речитативами, стихами, загадками, счетом и т. п.;
7. Упражнения, выступающие как самостоятельные виды адаптивного спорта: фигурное катание, хоккей на полу, настольный теннис, баскетбол, мини-футбол, верховая езда и др.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.

2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.

3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.

4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.

5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика

адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева . - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.

6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.

5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ. культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 43
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.6. Методика занятий по адаптивному физическому воспитанию у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика детей с нарушениями зрения (основной дефект и вторичные отклонения).
2. Цель на занятиях по АФВ у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях.
3. Задачи теоретического и практического разделов программы по АФВ у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях.
4. Схема построения занятия (урока) по АФВ у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях, ее принципиальные особенности в зависимости от возраста.
5. Подготовительный и основной периоды в учебно-воспитательном процессе по АФВ.
6. Средства АФК. Особенности дозирования физической нагрузки и организация контроля ее переносимости на занятиях по АФВ.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Характеристика детей с нарушениями зрения (основной дефект и вторичные отклонения).

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. Заметное отставание от нормы отмечается и в развитии жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Л.Н. Ростомашвили (1999) показывает, что у детей 10-12 лет с нарушением зрения ЖЕЛ=1600 куб. см, а у нормально видящих - 1800 куб. см. Мышечная сила (кистевая) у детей с нарушением зрения по сравнению с нормой слабо развита. У слабовидящих школьников показатели кистевой динамометрии ниже на 28 %, чем у нормально видящих сверстников, в показателях гибкости они уступают последним в среднем на 12-15%. Б.В. Сермеев указывает на очень низкое развитие мышечной силы у девушек.

Наиболее выраженная разница в росте мышечной силы у незрячих детей по сравнению с нормально видящими наблюдается в 7-14 лет: отставание у мальчиков 3,5-5 кг, у девочек 1 - 1,5 кг.

У детей с патологией зрения отмечается нарушение координации движений. В возрасте 8-9 лет оно составляет 28%, а к 16 годам достигает 52%. Школьники испытывают трудности в выполнении согласованных движений рук и ног. Сопоставление результатов скоростно-силовых качеств показывает, что незрячие дети в 7-9 лет обладают самым низким уровнем прыжковой способности. Результаты прыжков в длину с места у мальчиков ниже результатов нормально видящих на 16-24%. Эти данные свидетельствуют о низкой двигательной активности, а следовательно, меньшей выносливости и работоспособности детей с нарушением зрения.

С возрастом показатели физического развития у детей со зрительной депривацией увеличиваются, но более медленно по сравнению с нормально видящими. У незрячих и слабовидящих отмечаются наиболее выраженные отклонения в деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем на всех возрастных этапах развития. Возрастная динамика физического развития у этих детей сохраняется такой же, как и в норме, но уровень физического развития значительно ниже.

Мышечная сила значительно ослаблена, движения угловаты, медленны и нерешительны, наблюдается нарушение статического и динамического равновесия.

Вторичные отклонения в физическом развитии детей, обусловленные нарушением зрения: плоскостопие встречается от 30 до 53,8%, мышечная слабость - у 12%, нарушение осанки наблюдается у 59,2% слабовидящих мальчиков и 58% девочек, тогда как у нормально видящих соответственно у 20% и 14%; значительно больше и число простудных заболеваний. При нарушении осанки и деформации позвоночника грудная клетка видоизменяется, снижается жизненная емкость легких, что в свою очередь приводит к заболеваниям органов дыхания и сердечно-сосудистой системы.

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.

2. Цель на занятиях по АФВ у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях.

Основной целью коррекционно-развивающего обучения и воспитания является:

- Преодоление зрительных (речевых, интеллектуальных) нарушений;
- Вторичных проявлений, вызванных недоразвитием речи (зрительного анализатора, интеллектуального недоразвития);
- Социальная адаптация;
- Интеграция детей в общество.

3. Задачи теоретического и практического разделов программы по АФВ у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях:

1. Охрана, защита и укрепление соматического и психоэмоционального здоровья детей, формирование физической культуры и основ здорового образа жизни;
2. своевременное формирование всех видов деятельности, которые характерны для детей дошкольного возраста;
3. формирование жизненно значимых знаний и умений, социальных компетенций, обеспечивающих адаптацию в социальной и природной среде, подготовку к школе;
4. обеспечение своевременного и всестороннего психоэмоционального развития;
5. воспитание личности и развитие индивидуальных способностей, формирование гуманных взаимоотношений с окружающей природной и социальной средой;
6. коррекцию отклонений взаимодействия личности с ближайшим окружающим миром;
7. ослабление, исправление имеющихся и предупреждение появления вторичных нарушений на фоне основной патологии развития.

4. Схема построения занятия по АФВ у детей с нарушениями зрения в дошкольных и школьных учреждениях, ее особенности в от возраста.

Каждый урок физической культуры состоит из трех функционально связанных составных частей: подготовительной, основной, заключительной.

1. Подготовительная часть урока. Основная ее цель — подготовить занимающихся к выполнению упражнений в основной части занятия. Исходя из этого в подготовительной части решаются следующие методические задачи:

- обеспечение первоначальной организации занимающихся их психического настроя на занятие;
- активирование внимания и повышение эмоционального состояния занимающихся;
- обеспечение общей функциональной готовности организма активной мышечной деятельности (выполнение несложных физических упражнений);

— обеспечение специальной готовности к первому виду упражнений основной части урока (выполнение подводящих и подготовительных упражнений).

В подготовительную часть урока включают игровые задания (2— мин) для активизации внимания и повышения эмоционального состояния занимающихся («Класс, смирно!», «Делай наоборот - «Мы не слышим», «Мы не видим» и др.), упражнения умеренной интенсивности, строевые упражнения, различные виды ходьбы, бега, упражнения в движении; комплекс общеразвивающих упражнений в строю и отдельные специально подготовительные упражнения (на месте в разомкнутом строю) без предметов, с предметами и отягощениями; упражнения на гимнастической стенке и скамейках и др.

Рекомендуется такой порядок выполнения общеразвивающих упражнений: ходьба, бег, упражнения для рук и плеч, упражнения для туловища, упражнения для ног, прыжки, дыхательные упражнения и упражнения на расслабление.

Общая продолжительность подготовительной части составляем 10—20% от общего времени урока и зависит от продолжительности занятия, вида учебного материала, температуры окружающей среды и др.

2. Основная часть урока. Цель основной части — решение наиболее значимых оздоровительных, образовательных и воспитательных задач, предусмотренных учебной программой и планом данного урока.

В основной части вначале разучиваются новые двигательные действия или их элементы. Закрепление и совершенствование усвоенных ранее навыков проводится в середине или конце основной части урока. Упражнения, требующие проявления скоростных, скоростно-силовых качеств, тонкой координации движений выполняют в начале основной части урока, а упражнения, связанные с силой и выносливостью, — в конце. Причем воспитание специальной выносливости, если она запланирована, осуществляется раньше, чем воспитание общей выносливости. Состав всех упражнений в основной части урока должен быть таким, чтобы они оказывали разностороннее влияние.

Продолжительность основной части урока зависит от продолжительности занятия, объема и интенсивности нагрузки, пола и возраста, занимающихся и др. В рамках школьного урока физической культуры она обычно длится 25—30 мин.

3. Заключительная часть урока. Цель заключительной части урока — постепенное снижение функциональной активности организма занимающихся и приведение его в относительно спокойное состояние. В соответствии с этой целью решается ряд методических задач:

- снижение физиологического возбуждения и излишнего напряжения отдельных групп мышц (медленный бег, спокойная ходьба, упражнения в глубоком дыхании и на расслабление, самомассаж);
 - регулирование эмоционального состояния (успокаивающие подвижные игры, игровые задания, упражнения на внимание);
 - подведение итогов урока с оценкой преподавателем результатов деятельности занимающихся (здесь необходимо предусмотреть дальнейшее стимулирование сознательной активности занимающихся на последующих уроках);
- сообщение домашнего задания для самостоятельных занятий физическими упражнениями, для подтягивания «слабых мест».
- Длительность заключительной части урока 3—5 мин.

5. *Подготовительный и основной периоды в учебно-воспитательном процессе по АФВ.*

Структура современной комплексной программы состоит из: базовой части и коррекционный компонента.

Их содержание меняется в зависимости от содержания программы, ориентированной на определенного ребенка

В учебно-воспитательном процессе выделяют следующие периоды:

- Подготовительный
- Основной.

6. *Средства АФК. Особенности дозирования физической нагрузки и организация контроля ее переносимости на занятиях по АФВ.*

В современной практике адаптивного физического воспитания для решения как основных, так и специальных (коррекционных) задач используются *следующие средства*:

1. Физические упражнения.

Общеразвивающие упражнения:

Передвижения: ходьба, бег, подскоки.

- ОРУ без предметов и с предметами (гимнастические палки, обручи, озвученные мячи, мячи разные по качеству, цвету, весу, твердости, размеру, мешочки с песком, гантели 0,5 кг и др.); - на снарядах (гимнастическая стенка, скамейка, бревно, кольца, перекладина, ребристая доска, тренажеры - механотерапия и т.д.).
- Упражнения на формирование навыка правильной осанки.
- Упражнения для укрепления сводов стопы.
- Упражнения для развития и укрепления мышечно-связочного аппарата (укрепления мышц спины, живота, плечевого пояса, нижних и верхних конечностей).
- Упражнения на развитие дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

- Лазанье и перелезание (преодоление различных препятствий).
- Упражнения на расслабление (физическое и психическое), расслабление мышц (релаксация мышц), сознательное снижение тонуса различных групп мышц. Они могут иметь как общий, так и локальный характер.
- Упражнения на развитие и использование сохранных анализаторов.

Специальные упражнения:

- Упражнения для улучшения функционирования мышц глаза;
- Упражнения для улучшения кровообращения тканей глаза;
- Упражнения для развития аккомодационной способности глаза;
- Упражнения для развития кожно-оптического ощущения;
- Упражнения для развития зрительного восприятия окружающей обстановки и др.;
- Упражнения на развитие координационных способностей (согласованность движений рук и ног, тренировка вестибулярного аппарата, обучению пространственной ориентировки на основе использования и развития сохранных анализаторов (остаточное зрение, слух, обоняние, упражнения на развитие точности движений и дифференцировки усилий, упражнения для развития мелкой моторики руки и пр.).

Противопоказания к физическим нагрузкам:

- длительная статическая нагрузка;
- длительная, изнуряющая динамическая нагрузка;
- акробатические упражнения (кувырки, стойки на голове, плечах, руках, висы вниз головой), а также соскоки со снарядов, упражнения с сотрясением тела и наклонным положением головы,
- резкая смена положения (наклоны, прыжки);
- упражнения с отягощением;
- упражнений высокой интенсивности (в том числе игры), которые могут вызвать повышение внутриглазного давления, ухудшение работоспособности цилиарной мышцы, ишемию, особенно у детей с глаукомой, высокой миопией и другими заболеваниями;
- при наличии синдрома эпилепсии исключать упражнения на стимулирование дыхательной системы.

Умеренное утомление не является противопоказанием, однако в результате нерациональной организации труда (физического, умственного, зрительного) может наступить переутомление.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.
2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.
3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.
4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.
5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.
6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.
2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.
3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.
4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.
5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ.

культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 44
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(6 семестр)

М-16. ТЕМА 16.7. Методика занятий по адаптивному физическому воспитанию у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика детей с нарушением интеллекта (основной дефект и вторичные отклонения).
2. Цель на занятиях по АФВ у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях.
3. Задачи теоретического и практического разделов программы по АФВ у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях.
4. Схема построения занятия (урока) по АФВ у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях, ее принципиальные особенности в зависимости от возраста.
5. Подготовительный и основной периоды в учебно-воспитательном процессе по АФВ.
6. Средства АФК. Особенности дозирования физической нагрузки и организация контроля ее переносимости на занятиях по АФВ.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. *Характеристика детей с нарушением интеллекта (основной дефект и вторичные отклонения).*

Характеристика психического развития умственно отсталых детей.

Психика умственно отсталых детей характеризуется следующими проявлениями:

1. Стойкое нарушение познавательной деятельности выражается в отсутствии потребности в знаниях, вялости мыслительной деятельности, неумении анализировать и обобщать, из совокупности выделять главное, проводить сравнение, находить сходство, оценивать себя и свою работу. Отмечается недостаточность всех уровней мыслительной деятельности: наглядно-действенного, наглядно-образного, словесно-логического. Анализ зрительного восприятия реального предмета или изображения отличается бедностью и фрагментарностью.

2. Восприятие характеризуется замедленным темпом и объемом, поэтому формирование знаний, освоение двигательных действий требует

больше времени. Трудности восприятия пространства и времени мешают ориентироваться в окружающем, улавливать внутренние взаимосвязи.

3. Речевая деятельность развита недостаточно, страдают все ее стороны фонетическая, лексическая, грамматическая. Характерна задержка становления речи, понимания обращенной речи. Нарушение речи носит системный характер и распространяется на все функции речи - коммуникативную, познавательную, регулирующую.

4. Память характеризуется слабым развитием и низким уровнем запоминания, сохранения, воспроизведения. Особенно затруднено осмысленное запоминание. То, что удерживается механической памятью, тоже быстро забывается. Это касается как словесного материала, так и движения. Поэтому каждое физическое упражнение, речитатив, указание требуют многократного повторения, причем лучше запоминаются яркие, эмоциональные переживания, вызвавшие интерес. Требование запомнить материал - малоэффективно.

5. Внимание характеризуется малой устойчивостью, трудностью его распределения, замедленностью переключения. Дети не могут долго сосредотачиваться на одном объекте, быстро отвлекаются. Это проявляется в том, что при возникновении любых трудностей они стараются их избежать и переключаются на что-то другое.

6. Существенно страдают волевые процессы. Дети крайне безынициативны, не умеют самостоятельно руководить своей деятельностью. Им свойственны непосредственные импульсивные реакции на внешние впечатления, неумение противостоять воле другого человека.

7. Эмоциональная сфера также имеет ряд особенностей. Отмечается недоразвитие, неустойчивость эмоций, отсутствие оттенков переживаний, слабость собственных намерений, стереотипность реакций. Всем детям свойственны эмоциональная незрелость, нестабильность чувств, трудности в понимании мимики и выразительных движений. Наблюдаются случаи то выраженного эмоционального спада, то повышенной возбудимости. У детей этой категории наблюдается недоразвитие навыков игровой деятельности, они с удовольствием играют в известные, освоенные подвижные игры и с трудом осваивают новые. При разнице психофизических характеристик, свойственных детям с разной степенью умственной отсталости, имеются и общие черты. Наиболее характерной из них является сниженная самооценка. Зависимость от родителей затрудняет формирование себя как личности, ответственной за свое поведение. Этому способствует низкий уровень навыков общения, задержка вербального развития, пассивность, повышенная подчиняемость, отсутствие инициативы, агрессивность, деструктивное поведение.

Характеристика нарушений физического развития, двигательных способностей умственно отсталых детей.

На физическое развитие, двигательные способности, обучаемость и приспособляемость к физической нагрузке оказывают влияние тяжесть

интеллектуального дефекта, сопутствующие заболевания, вторичные нарушения, особенности психической и эмоционально-волевой сферы детей. Психомоторное недоразвитие детей с легкой умственной отсталостью проявляется в замедленном темпе развития локомоторных функций, непродуктивности движений, двигательном беспокойстве и суетливости. Движения бедны, угловаты, недостаточно плавны. Особенно плохо сформированы тонкие и точные движения рук, предметная манипуляция, жестикуляция и мимика. У детей с умеренной умственной отсталостью моторная недостаточность обнаруживается в 90–100% случаев (Шипицына Л.М., 2002). Страдает согласованность, точность и темп движений. Они замедленны, неуклюжи, что препятствует формированию механизма бега, прыжков, метаний. Даже в подростковом возрасте школьники с трудом принимают и удерживают заданную позу, дифференцируют свои усилия, переключаются на другой вид физических упражнений.

Нарушения в развитии двигательных способностей:

1) нарушение координационных способностей – точности движений в пространстве; координации движений; ритма движений; дифференцировки мышечных усилий; пространственной ориентировки; точности движений во времени; равновесия;

2) отставание от здоровых сверстников в развитии физических качеств – силы основных групп мышц рук, ног, спины, живота на 15–30%; быстроты реакции, частоты движений рук, ног, скорости одиночного движения на 10–15%; выносливости к повторению быстрой динамической работы, к работе субмаксимальной мощности, большой мощности, умеренной мощности, к статическим усилиям различных мышечных групп на 20–40%; скоростно-силовых качеств в прыжках и метаниях на 15–30%; гибкости и подвижности в суставах на 10–20%.

Нарушения основных движений: – неточность движений в пространстве и времени; – грубые ошибки при дифференцировании мышечных усилий; – отсутствие ловкости и плавности движений; – излишняя скованность и напряженность; – ограничение амплитуды движений в ходьбе, беге, прыжках, метаниях. Специфические особенности моторики обусловлены прежде всего недостатками высших уровней регуляции. Это порождает низкую эффективность операционных процессов всех видов деятельности и проявляется в несформированности тонких дифференцированных движений, плохой координации сложных двигательных актов, низкой обучаемости движениям, косности сформированных навыков, недостатках целесообразного построения движений, затруднениях при выполнении или изменении движений по словесной инструкции. Отставание в физическом развитии умственно отсталых детей, степень приспособления к физической нагрузке зависят не только от поражения ЦНС, но и являются следствием вынужденной гипокинезии. Отсутствие или ограничение двигательной

активности тормозит естественное развитие ребенка, вызывая цепь негативных реакций организма: ослабляется сопротивляемость простудным и инфекционным заболеваниям, создаются предпосылки для формирования слабого, малотренированного сердца.

Сопутствующие заболевания, вторичные отклонения:

- При умственной отсталости характерна гипокинезия, часто приводящая к избыточному весу, а иногда к ожирению, что в свою очередь еще больше снижает двигательную активность.
- Характерно для умственно отсталых быстрое истощение нервной системы, особенно при монотонной работе, нарастающее утомление, снижение работоспособности, меньшую выносливость, это отмечают М.С. Певзнер (1989), С.Д. Забрамная (1995), Е.М. Мастюкова (1997).
- Нарушения деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, внутренних органов.
- Нарушения зрения, слуха.
- Врожденные структурные аномалии зубов и прикуса, готическое небо.
- Врожденный вывих бедра, а также множественные сочетанные дефекты (Худик В.А., 1997).

Среди вторичных нарушений в опорно-двигательном аппарате отмечаются:

- деформация стопы;
- нарушения осанки;
- сколиозы, (кифосколиозы, кифозы, лордозы);
- диспропорции телосложения;
- функциональная недостаточность брюшного пресса;
- парезы;
- кривошея;
- мелкие диспластические признаки встречаются у 40% умственно отсталых детей.

2. Цель на занятиях по АФВ у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях.

Основной целью коррекционно-развивающего обучения и воспитания является:

- Преодоление речевых (зрительных, интеллектуальных) нарушений;
- Вторичных проявлений, вызванных с интеллектуальным недоразвитием (зрительного анализатора, недоразвитием речи);
- Социальная адаптация;
- Интеграция детей в общество.

3. Задачи теоретического и практического разделов программы по АФВ у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях:

1. Охрана, защита и укрепление соматического и психоэмоционального здоровья детей, формирование физической культуры и основ здорового образа жизни;
2. своевременное формирование всех видов деятельности, которые характерны для детей дошкольного возраста;
3. формирование жизненно значимых знаний и умений, социальных компетенций, обеспечивающих адаптацию в социальной и природной среде, подготовку к школе;
4. обеспечение своевременного и всестороннего психоэмоционального развития;
5. воспитание личности и развитие индивидуальных способностей, формирование гуманных взаимоотношений с окружающей природной и социальной средой;
6. коррекцию отклонений взаимодействия личности с ближайшим окружающим миром;
7. ослабление, исправление имеющихся и предупреждение появления вторичных нарушений на фоне основной патологии развития.

4. Схема построения занятия (урока) по АФВ у детей с нарушением интеллекта в дошкольных и школьных учреждениях, ее принципиальные особенности в зависимости от возраста.

Каждый урок физической культуры состоит из трех функционально связанных составных частей: подготовительной, основной, заключительной.

1. Подготовительная часть урока. Основная ее цель — подготовить занимающихся к выполнению упражнений в основной части занятия. Исходя из этого в подготовительной части решаются следующие методические задачи:

- обеспечение первоначальной организации занимающихся их психического настроения на занятие;
- активирование внимания и повышение эмоционального состояния занимающихся;
- обеспечение общей функциональной готовности организма активной мышечной деятельности (выполнение несложных физических упражнений);
- обеспечение специальной готовности к первому виду упражнений основной части урока (выполнение подводящих и подготовительных упражнений).

В подготовительную часть урока включают игровые задания (2— мин) для активизации внимания и повышения эмоционального состояния занимающихся («Класс, смирно!», «Делай наоборот - «Мы не слышим», «Мы не видим» и др.), упражнения умеренной интенсивности, строевые упражнения, различные виды ходьбы, бега, упражнения в движении; комплекс общеразвивающих упражнений в строю и отдельные специально подготовительные упражнения (на месте в разомкнутом строю) без предметов, с предметами и отягощениями; упражнения на гимнастической стенке и скамейках и др.

Рекомендуется такой порядок выполнения общеразвивающих упражнений: ходьба, бег, упражнения для рук и плеч, упражнения для туловища, упражнения для ног, прыжки, дыхательные упражнения и упражнения на расслабление.

Общая продолжительность подготовительной части составляем 10—20% от общего времени урока и зависит от продолжительности занятия, вида учебного материала, температуры окружающей среды и др.

2. Основная часть урока. Цель основной части — решение наиболее значимых оздоровительных, образовательных и воспитательных задач, предусмотренных учебной программой и планом данного урока.

В основной части вначале разучиваются новые двигательные действия или их элементы. Закрепление и совершенствование усвоенных ранее навыков проводится в середине или конце основной части урока. Упражнения, требующие проявления скоростных, скоростно-силовых качеств, тонкой координации движений выполняют в начале основной части урока, а упражнения, связанные с силой и выносливостью, — в конце. Причем воспитание специальной выносливости, если она запланирована, осуществляется раньше, чем воспитание общей выносливости. Состав всех упражнений в основной части урока должен быть таким, чтобы они оказывали разностороннее влияние.

Продолжительность основной части урока зависит от продолжительности занятия, объема и интенсивности нагрузки, пола и возраста, занимающихся и др. В рамках школьного урока физической культуры она обычно длится 25—30 мин.

3. Заключительная часть урока. Цель заключительной части урока — постепенное снижение функциональной активности организма занимающихся и приведение его в относительно спокойное состояние. В соответствии с этой целью решается ряд методических задач:

- снижение физиологического возбуждения и излишнего напряжения отдельных групп мышц (медленный бег, спокойная ходьба, упражнения в глубоком дыхании и на расслабление, самомассаж);
- регулирование эмоционального состояния (успокаивающие подвижные игры, игровые задания, упражнения на внимание);

— подведение итогов урока с оценкой преподавателем результатов деятельности занимающихся (здесь необходимо предусмотреть дальнейшее стимулирование сознательной активности занимающихся на последующих уроках);

сообщение домашнего задания для самостоятельных занятий физическими упражнениями, для подтягивания «слабых мест».

Длительность заключительной части урока 3—5 мин.

5. *Подготовительный и основной периоды в учебно-воспитательном процессе по АФВ.*

Структура современной комплексной программы состоит из: базовой части и коррекционный компонента.

Их содержание меняется в зависимости от содержания программы, ориентированной на определенного ребенка

В учебно-воспитательном процессе выделяют следующие периоды:

- Подготовительный
- Основной.

6. *Средства АФК. Особенности дозирования физической нагрузки и организация контроля ее переносимости на занятиях по АФВ.*

Средства адаптивной физической культуры.

1. Физические упражнения.

Общеразвивающие упражнения:

1. Упражнения, связанные с перемещением тела в пространстве: ходьба, прыжки, ползание, плавание, передвижение на лыжах.

2. **Общеразвивающие упражнения:** 1) без предметов; 2) с предметами (флажки, ленты, гимнастические палки, обручи, малые и большие мячи и др.); 3) на снарядах (гимнастическая стенка, кольца, гимнастическая скамейка, лестница, тренажеры).

3. Упражнения на развитие силы, быстроты, выносливости, гибкости.

Специальные упражнения:

1. Упражнения на развитие координационных способностей: согласованность движений рук, ног, головы, туловища; согласованность движений с дыханием; ориентировка в пространстве; равновесие, дифференцировка усилий, времени и пространства; ритмичность движений, расслабление; упражнения на развитие мелкой моторики кистей и пальцев рук.

2. Упражнения на коррекцию осанки, сводов стопы, телосложения, укрепления мышц спины, живота, рук и плечевого пояса, ног.

3. Упражнения лечебного и профилактического воздействия: восстановление функций паретичных мышц, опороспособности, подвижности в суставах, профилактика нарушений зрения.

5. Художественно-музыкальные упражнения: ритмика, танец, элементы хореографии и ритмопластики.

6. Упражнения с речитативами, стихами, загадками, счетом и т. п., активизирующие познавательную деятельность.

7. Упражнения, направленные на развитие и коррекцию восприятия, мышления, воображения, зрительной и слуховой памяти, внимания и других психических процессов.

8. Упражнения прикладного характера, направленные на освоение ремесла, трудовой деятельности.

9. Упражнения, выступающие как самостоятельные виды адаптивного спорта: фигурное катание, хоккей на полу, настольный теннис, баскетбол, мини-футбол, верховая езда и др.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Курдыбайло, С. Ф. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре : учеб. пособие для высш. и сред. профессиональных учебных заведений / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова ; под ред. С. Ф. Курдыбайло. - М. : Советский спорт, 2004. - 179 с.

2. Приходько, В. И. Основы возрастной психопатологии: пособие // В. И. Приходько, Л. М. Мажуль ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2015. – 65 с. : табл.

3. Приходько, В. И. Адаптивная физическая культура для детей с тяжелыми нарушениями речи : учеб.-метод. пособие / В. И. Приходько, О. Н. Онищук ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2012. – 62 с. : табл.

4. Серкульская, Е. И. Физическая и техническая подготовка спортсменов-инвалидов в танцах на колясках : практ. рук. / Е. И. Серкульская ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. - Минск : БГУФК, 2006. - 32 с. - Библиогр.: с. 31.

5. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева . - М. : Советский спорт, 2010. - 291 с. : ил., табл. - Библиогр.: с. 277-279.

6. Теория и организация адаптивной физической культуры : учебник : [в 2 т.]. Т. 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов / под общей ред. С. П. Евсеева. - М. : Советский спорт, 2009. - 446 с. : ил. - Библиогр.: с. 380-383.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения : учеб. пособие / под общ. ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2014. – 298 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

4. Литош, Н. Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии : учеб. пособие / Н. Л. Литош. – М. : Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.

5. Полякова, Т. Д. Адаптивная физическая культура : учеб.-метод. пособие для магистрантов и аспирантов по специальности "Теория и методика физ. воспитания, спортив. тренировки, оздоровит. и адаптив. физ. культуры" / Т. Д. Полякова ; М-во спорта и туризма Респ. Беларусь, Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск : БГУФК, 2010. – 170 с.

6. Сорокин, В. М. Специальная психология : учеб. пособие / В. М. Сорокин ; под ред. Л. М. Шипицыной. – СПб. : Речь, 2003. – 214 с.

7. Справочник по материально-техническому обеспечению адаптивной физической культуры : учеб. пособие / [авт.-сост.: С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло]. - М. : Советский спорт, 2008. - 256 с. : ил.

Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / под общ. ред. Л. В. Шапковой. – М. : Советский спорт, 2007. – 608 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 45
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.1. Адаптивная двигательная рекреация и туризм. Цель, задачи, функции

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятия: «рекреация», «рекреационная деятельность», «рекреационные потребности», «туризм», «турист», «туристско-рекреационные ресурсы», «адаптивная двигательная рекреация» и другие.
2. Актуальность, цели, задачи адаптивной двигательной рекреации.
3. Виды рекреации и рекреационной деятельности.
4. Функции адаптивной двигательной рекреации: оздоровительная, гедонистическая, развлекательная, интеграционная и др.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Понятия: «рекреация», «рекреационная деятельность», «рекреационные потребности», «туризм», «турист», «туристско-рекреационные ресурсы», «адаптивная двигательная рекреация» и другие.

Рекреация – восстановление, освежение сил, развлечение, отдых.

Рекреационная деятельность – деятельность, направленная на восстановление, освежение сил, развлечение, отдых.

Рекреационные потребности – потребность человека в восстановлении, освежении сил, развлечении, отдыхе.

Туризм – туристическое путешествие, а также деятельность юридических лиц, физических лиц, в том числе индивидуальных предпринимателей, по его организации.

Турист – физическое лицо, совершающее туристическое путешествие на период от 24 часов до одного года или осуществляющее не менее одной ночевки в стране (месте) временного пребывания.

Туристско-рекреационные ресурсы – объекты и явления природы результаты деятельности человека, которые можно использовать для отдыха, туризма и лечения.

Двигательная рекреация – восстановление в основе которого преобладает двигательная деятельность с использованием физических упражнений.

Адаптивная двигательная рекреация – компонент адаптивной физической культуры, позволяющий удовлетворить потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в отдыхе, развлечении, интересном

проведении досуга, смене вида деятельности, получении удовольствия, в общении.

2. Актуальность, цели, задачи адаптивной двигательной рекреации.

Адаптивная двигательная рекреация ориентирована на удовлетворение потребности человека с ограниченными возможностями здоровья в получении удовольствия от двигательной активности, отдыха, смены вида деятельности и т.п., что и определяет ее отличительные черты:

1. Адаптивная двигательная рекреация – это такой вид двигательной активности, участие в котором зависит от желаний занимающегося и не являющегося для них обязательным.

2. В адаптивной двигательной рекреации реализуется полная свобода выбора средств, методов и форм организации коллективных или самостоятельных занятий, где сами занимающиеся решают, чем им заниматься, стремятся к достижению психологического комфорта.

3. Ключевым ориентиром в адаптивной двигательной рекреации является получение удовольствия от занятий. Именно поэтому наиболее предпочтительны в данном случае занятия на открытом воздухе, общение с природой (в национальных рекреационных парках и землях, заповедниках и т.п.), включая общение с животными (например, верховая езда); взаимодействие с водной средой (например, посещение аквапарка, занятия гидроаэробикой); использование средств искусства (музыки, танцев), соревновательных и игровых методов, стимулирующих мотивационную сферу занимающихся, и т.д.

4. Занятия по адаптивной двигательной рекреации могут проводить и сами в них участвовать родственники лиц с отклонениями в состоянии здоровья, волонтеры, другие заинтересованные люди. Однако наибольший эффект от рекреационных мероприятий будет в том случае, если в их организации и проведении участвуют специалисты по адаптивной физической культуре, освоившие специализацию «адаптивная двигательная рекреация».

5. Помимо целенаправленно организуемых занятий, по адаптивной двигательной рекреации мероприятия рекреационного характера могут и должны проводиться в качестве дополнения к основной деятельности в учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, ведомственных санаториях, домах отдыха и др.

Цель адаптивной двигательной рекреации – оптимизация состояния и восстановления физических и духовных сил, затраченных занимающимся в процессе основного вида деятельности (учебы, реабилитационно-лечебных мероприятий, труда и профессиональной деятельности, адаптивного спорта, адаптивного физического воспитания и др.), за счет его смены, переключения на занятия развлекательного характера и получения от них удовольствия.

Задачи адаптивной двигательной рекреации:

1. Переключить внимание лиц с ограничениями в состоянии здоровья с основного вида деятельности на другой, связанный с двигательной активностью.

2. Способствовать получению удовольствия от движений, повышению настроения от занятий физическими упражнениями.

3. Оптимизировать состояние лиц с ограничениями в состоянии здоровья, восстановление их физических и духовных сил.

4. Обеспечить активный отдых и приобщение к здоровому образу жизни.

5. Привить интерес к адаптивной физической культуре и вовлечь в занятия другими ее видами – адаптивным спортом, экстремальными и креативными видами двигательной активности и др.

6. Вовлечь занимающихся в общение со здоровыми людьми и способствовать овладению коммуникативными, социальными навыками.

7. Помочь преодолеть психологические комплексы (неуверенности, отчужденности и др.).

8. Повысить уровень качества жизни инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

3. Виды рекреации и рекреационной деятельности.

Их классификация:

1. В зависимости от общественной функции и технологии:

А) Лечебно-курортная рекреация. Она различается по основным природным лечебным факторам (ЛКР): климату, лечебным грязям и минеральным водам. Условия ЛКР должны строго соответствовать медико-биологическим нормам.

Б) Оздоровительная рекреация. Наиболее разнообразна и популярна и включает в себя: пляжно-купальный отдых, промысловый (сбор ягод, грибов, морских даров), прогулочный (осмотр пейзажей при перемещении с использованием: велосипеда, лыж, лодок, подводного снаряжения), охота, рыбная ловля.

В) Спортивная рекреация. Подразумевает фиксированный результат с последующим присвоением квалификации (водный туризм, горно-лыжный, пеший и т.д.).

Г) Познавательная рекреация. Связана с информационным потреблением культурных ценностей (осмотр достопримечательностей, культурно-исторических памятников, новых районов, городов, стран, фестивалей, выставок, святых мест).

2. В зависимости от использования свободного времени:

А) Ежедневная (связана с жилищем и городской средой): прогулочный отдых, спортивные игры, водные процедуры.

Б) Еженедельная (связана с жилищем и пригородными объектами): экскурсии, водный туризм, рыбалка, охота.

В) Ежегодная (региональная, государственная, международная): экскурсии и др.

3. По числу участников (определяется плотностью социальных контактов – число людей на единицу площади):

А) Индивидуальная.

Б) Групповая (игра на острове «Последний герой»).

4. По признаку подвижности:
А) Стационарная (курорт).
Б) Кочевая (тяготеет к дорогам).

4. Функции адаптивной двигательной рекреации: оздоровительная, гедонистическая, развлекательная, интеграционная и др.

Оздоровительная функция проявляется в восстановлении сил после основной деятельности и оздоровлении занимающихся.

Гедонистическая функция, в соответствии с ней человек во время занятий адаптивной двигательной рекреацией получает (должен получать) удовольствие, наслаждение, радость, восторг, ощущение счастья.

Развлекательная функция или творческая. Требуем инициативы, выдумки и соответственно проявление творчества.

Интеграционная функция предполагает вовлечение лиц в различные объединения людей через выработку соответствующих общих интересов.

Ценностно-ориентационная функция предполагает освоение инвалидами и лицами с отклонениями в состоянии здоровья ценностей адаптивной физической культуры, отражающих их внутренние установки и желания. Только в том случае, когда у занимающихся будут сформированы ценностные ориентации на здоровый образ жизни, здоровье как важнейшую ценность, необходимую для достижения других ценностей человеческой жизни, можно рассчитывать на достижение успеха в жизни.

Коммуникативная функция. Здесь ярко проявляются как вербальные (словесные), так и невербальные (с помощью жестов, мимики, пантомимики, звуков) способы общения, а главное – их самые разнообразные сочетания, позволяющие занимающимся «выплескивать» свои эмоции, делиться впечатлениями.

Спортивная и соревновательная функции. Эти функции в адаптивной двигательной рекреации принципиально отличаются от адаптивного спорта, где они занимают центральное место. Здесь же соперничество, конкурентное сопоставление возможностей занимающихся используются преимущественно для повышения мотивации, интереса к занятиям. В рекреации, конечно же, на первое место выступает сам процесс, а не результат соревнований, которые в большинстве случаев проводятся по упрощенным правилам и не преследуют достижение соревнующимися максимального результата. Подчеркнуто повышенное внимание в адаптивной двигательной рекреации уделяется соблюдению участниками правил честной игры, проведению состязаний с форой (гандикапом), когда одному из участников предоставляется преимущество.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов:

- учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
 3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
 4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 46
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.2. Природные рекреационные ресурсы и их использование в сфере адаптивной двигательной рекреации и туризма

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Основные составляющие туристско-рекреационных ресурсов.
2. Природные рекреационные ресурсы (ландшафты (рельеф местности, водные объекты, почвенно-растительный покров), биоклимат, природные лечебные ресурсы).
3. Туристские информационные ресурсы, историко-культурный потенциал.
4. Принципы оценки природных рекреационных ресурсов.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Основные составляющие туристско-рекреационных ресурсов.

К составляющим туристско-рекреационных ресурсов относят:

А) Природные рекреационные ресурсы – природно-территориальные комплексы и их компоненты, и свойства, такие как привлекательность, контрастность, размеры и формы объектов, возможность их обзора. К ним относят: ландшафты (рельеф местности, водные объекты, почвенно-растительный покров), биоклимат, природные лечебные ресурсы.

Б) Историко-культурные рекреационные ресурсы:

- материальные (памятники истории и культуры, предприятия народного хозяйства, которые могут удовлетворить познавательные способности людей);
- духовные (достижения общества в государственно-общественной жизни, науке, искусстве).

2. Природные рекреационные ресурсы (ландшафты (рельеф местности, водные объекты, почвенно-растительный покров), биоклимат, природные лечебные ресурсы).

Природные рекреационные ресурсы в себя включают:

А) Ландшафты характеризуются внутренним и внешним пейзажным разнообразием. Под внутренним пейзажным разнообразием понимается:

- рельеф местности;
- водные объекты;
- почвенно-растительный покров.

Рельеф местности. При его оценке учитывают:

- высоту местности;

- высоту холмов;
- густоту холмов;
- крутизну холмов.

Учитывая существующий рельеф местности можно проводить следующие рекреационные занятия: терренкур, пешеходный туризм, горный туризм и альпинизм, спелеотуризм, горнолыжный туризм.

Водные объекты. При их оценке учитывают:

- обводненность территории содержащей водные объекты – отношение протяженности водных объектов (в км) к площади территории (в км);
- заозеренность территории содержащей водные объекты – отношение площади водных зеркал озер к площади территории;
- условия, влияющие на качество использования водных объектов: подход к воде, наличие и качество пляжной полосы, характер дна, скорость течения и глубина, преобладание слабого волнения на крупных водоемах, температура воды, антропогенная нагрузка на пляжи.

Учитывая существующий рельеф местности можно проводить следующие рекреационные занятия: яхтинг, сплавы на лодках и плотах, семейный и спортивный туризм, дайвинг, виндсерфинг, рыбалка.

Почвенно-растительный покров. При его оценке выделяют следующие составляющие:

- лес. Его оценка учитывает: занимаемую площадь, породу деревьев, их возраст, высоту, тип леса, санитарно-гигиеническую и эстетическую оценку.
- луг. Его оценка учитывает тип луга.
- болото. Его оценка учитывает тип болота.
- сельско-хозяйственные угодья. Его оценка учитывает выраженность чередования сельско-хозяйственных угодий.

Внешнее пейзажное разнообразие определяется отличием соседствующих друг с другом пейзажей.

Б) Биоклимат – воздействие климата на организм человека. Его оценка включает:

- солнечную радиацию;
- атмосферную циркуляцию;
- ветровой режим;
- влажность.

В) Природные лечебные ресурсы. К ним относятся: водно-минеральные ресурсы и лечебные грязи. Также выделяют уникальные природные лечебные ресурсы: галотерапия, газообразный радон, перегретые пары, кумыс, продукты пчеловодства, фитотерапия, иппотерапия, дельфинотерапия и др.

3. Туристские информационные ресурсы, историко-культурный потенциал.

Туристские информационные ресурсы – информация о территории, о людях, истории, культуре, природе, полученная туристами непосредственно во время путешествия или в ходе подготовки к нему.

Успешность использования туристских информационных ресурсов определяется историко-культурным потенциалом посещаемой местности.

Одними из наиболее популярных в нашей стране мест, обладающих высоким историко-культурным потенциалом являются Мирский и Несвижский замки.

Мирский замок.

Замок в местечке Мир Гродненской области возведен на правом берегу речушки Мирянки. В плане он напоминает несколько перекошенный четырехугольник. На каждом углу, выступая за периметр стен, возвышается мощная башня. Пятая, въездная, брама размещена в центре западной стены, обращенной к городу. В глубине двора стоит трехэтажный дворец, пристроенный к северной и восточной стенам замка.

Мирский замок строился в 1506-1510 гг. на месте ранее стоявшего здесь господарского двора феодально зависимым населением Мирщины, а также других владений брестского старосты, надворного маршалка Великого княжества Литовского, князя Юрия Ильинича. Для возведения замка были построены кирпичные заводы ("цагельни") в деревнях Пропаши и Бирбаши. Известь доставлялась из Сверхеня, что около Столбцов. В одно место свозили сотни кубометров полевого камня, обтесывали его, сортировали по размеру и цвету все те же крестьянские руки.

Роду Ильиничей Мирский замок принадлежал до 1568 г. От него перешел к Радзивиллам несвижской линии. С конца XVIII в. был у графов и князей Гогенлоэ, Берленбургов, Витгенштейнов, а со второй половины XIX в. и до 1939 г. – у князей Святополк-Мирских.

Замок сильно пострадал в 1655 г. во время русско-польской войны. Во время Северной войны (1705 г.) его штурмовали и сожгли шведы. В 1794 г. во время подавления восстания Т. Костюшко замок взяли штурмом царские войска. Под его стенами 9-14 июля 1812 г. происходили жестокие сражения между арьергардом 2-й русской армии Багратиона – кавалерией генерала Платова и французской кавалерией маршала Даву. Во время боев были разрушены и сожжены дворец, одна башня, повреждены внешние бастионные укрепления. Повторно новое сражение под стенами замка произошло 10-11 ноября 1812 г. между армией адмирала Чичагова и французами.

Только в 1870 г. на четырех башнях (кроме взорванной северо-восточной) соорудили шатровые крыши. Позднее был восстановлен дворец. В конце XIX в. на юг от замка выкопали большой пруд, срыв с этой стороны бастионные укрепления.

Комплекс Мирского замка и сегодня удивляет своей архитектурной гармонией, слитностью с природой, рационализмом и продуманностью всех оборонных сооружений, простотой и лаконизмом форм.

Все башни замка сделаны одинаково: 4-гранная основа и 8-гранный сужающийся верх. Архитектурная обработка их фасадов основывается на чередовании различных по форме и размерам декоративных ниш, тяг и орнаментальных поясов. Такой прием был широко распространен как в гражданском, так и в культовом белорусском зодчестве XVI в.

По всему периметру стен на высоте около 8 м от земли проходит орнаментальный пояс шириной около 70 см из шести рядов кирпичной кладки. Верхний и нижний ряды - кирпичи, положенные на угол в виде традиционного поребрика. Между ними проходит полоса заглубленной кладки. Побеленный известью, этот пояс выразительно читался на красном фоне кирпичной стены, как и другой орнаментальный пояс, который шел по самому ее верху.

Все башни Мирского замка конструктивно и стилистически близки между собой и одновременно каждая из них имеет свое индивидуальное архитектурное обличье. Художественное совершенство фасада замка особенно подчеркивается продуманностью и слитностью орнаментальных поясов башен. Их, в свою очередь, органически продолжают идентичные по рисунку и технике исполнения пояса на пряслах стен и полуциркульные ниши. Благодаря этому все элементы замка связываются в целостную архитектурную композицию, а их нарядность и величественность как бы отодвигают мощь стен на второй план, создавая законченный образ неповторимого сооружения, не имеющего аналогий на близлежащих землях Прибалтики, Польши и России.

Башни поставлены с таким расчетом, чтобы удобно было вести фланговый огонь вдоль прясел стен и поражать цель на подступах к ним. Большинство бойниц предназначалось для стрельбы из пушек. Все башни спланированы как самостоятельные узлы обороны: на случай прорыва противника внутрь двора и штурма извне из них можно было вести круговой обстрел. Каждая башня имела по 5 ярусов боев с большим количеством бойниц и сложную систему внутренних переходов. Завершались башни бойницами – машикулями, позволявшими защищать непосредственные подступы к стенам. Через них могли сбрасывать на врага камни, гранаты, лить кипяток либо смолу.

Из всех угловых башен XVI в. почти полностью сохранилась юго-западная, которая позволяет изучить систему планировки и организацию боя со всех этажей. В основании ее лежит несколько перекошенный квадрат размером 10X10 м. Высота башни 23 м. Мощное сооружение покоится на не менее мощном фундаменте с глубиной заложения 4 м. Сложен он из громадных валунов длиной до 1,5 м, хорошо подогнанных друг к другу, связанных известковым раствором.

Внутри башня делилась на пять ярусов, а в цоколь помещался подвал для хранения военной амуниции. На первом этаже размещалось 7 пушечных бойниц, которые фланкировали огнем замковые ворота, западную и южную стены и вели фронтальный огонь. На второй этаж вела узкая и крутая каменная лестница. Здесь размещалось 6 пушек. В XX в. некоторые бойницы растесали и сделали большие окна. Перекрытие второго этажа сводчатое, а остальных трех - по балкам. На верхних этажах имелись бойницы, рассчитанные на огонь как из пушек, так и из ручного огнестрельного оружия.

На уровне четвертого этажа стены башни переходят в "восьмерик". На самом верху башенной стены местами сохранились полузаложенные кирпичом "варовые окна". Остальные башни отличаются от юго-западной размерами оснований, объемом помещений и некоторыми деталями.

Внутренней же планировкой, объемно-пространственным решением, назначением помещений и насыщенностью огневыми средствами все они очень схожи между собой.

Из всех башен Мирского замка главная, въездная, по своим формам, мягкости пластики и орнаментации фасадов наиболее интересная, яркая и совершенная. Шестиярусное сооружение властно вознеслось на 25-метровую высоту, покоясь на надежном фундаменте (12X12 м). Мощная башня-исполин украшена орнаментальными поясами и декоративными нишами разного размера и формы, аккумулирующими в себе традиционные приемы и средства орнаментации местного каменного зодчества. Здесь и древнеславянский поребрик, и аркатурные фризы (подзоры), и рожденные пытливым разумом здешних "дойлидов" круглые, трехчастные с висящими гирьками, полуциркульные, стрельчатые, прямоугольные и другие ниши. Толщу первого этажа башни прорезает единственный в замке проезд с двумя дубовыми воротами (одни при въезде, а другие при выезде). Полотнища воротных створок запирались толстыми дубовыми брусками, для которых были сделаны в боковых стенах специальные гнезда (30X30 см). Кроме того, створ ворот дополнительно защищался специальной решеткой (герсой) из кованых и заостренных снизу железных полос. Она опускалась со второго этажа через специальный проем размером 2,8X0,4 м. В случае опасности, прежде чем стража успевала закрыть ворота, герса с молниеносной быстротой падала сверху, отсекая вход в замок.

Внизу воротной башни размещалась тюрьма - подвал, также охранявшаяся стражей. Слева от ворот, на западной стене, находились бойницы навесного боя (машикули).

Согласно инвентарю замка 1688 г., в воротной башне находились 3 железные пушки. В XVIII и XIX вв. на втором этаже размещалась каплица, а на стене, обращенной в сторону замкового двора, были часы. Снизу начиналась и шла в толще стены каменная лестница. Она доходила до четвертого этажа, открывая также выход на каждый ярус боя. Второй и третий этажи со сводчатыми перекрытиями имели соответственно 6 и 7 бойниц для стрельбы из мушкетов и пушек. Остальные этажи своей планировкой схожи между собой: имели перекрытия по балкам и по 8 пушечных бойниц. Завершалась башня поясом "варовых окон", которые существовали до перестройки и ремонта башни во второй половине XIX в.

Придавая важное значение обороне единственного входа в замок и учитывая возрастающую силу артиллерии, владельцы замка через некоторое время решили дополнительно укрепить защиту ворот. Для этого к центральной башне пристроили подковообразную стенку "предбрамья" (барбакана) толщиной в 1,25 м. По центру ее прорезал еще один воротный проем на два полотнища, также запиравшиеся деревянным брусом ("завалом"). Верх стены заканчивался зубцами и бойницами. Следовательно, здесь также имелась боевая галерея - помост для стрелков. Внутри барбакана выкопали 2-метровой глубины котлован, который закрывался специальным подъемным мостом. Он имел лопатообразную форму длиной около 9,75 м и шириной 9,5

м. Опускаясь, мост ложился на специальный опорный выступ в фундаменте барбакана, играя роль настила для проезда в замок. Снизу мост был окован железными полосами и шипами. Будучи поднятым, он целиком закрывал главный воротный въезд. Размеры моста позволяют предположить, что высота стены "предбрамья" составляла не менее 10 м. Барбакан существовал до конца XIX в. Огневая мощь башен Мирского замка и его стен органически сочетались. Характерно, что стены имели три яруса боя. Нижние зоны всех четырех стен прорезали пушечные бойницы подошвенного боя в виде просторных камер - печур. Этот ярус огня был очень мощный: в северной стене имелось 9 бойниц, в восточной – 9, в южной – 8 и в западной – 5.

Средний ярус боя шел в середине стен, приблизительно на высоте 8 м от земли. Он имел вид коридора-галереи высотой чуть более 2 м с полуциркульным сводом. В обеих стенках галереи были многочисленные ружейные бойницы, позволявшие вести огонь не только наружу, но и внутрь замкового двора. Верхний ярус – боевая площадка, размещенная на самом верху стены. Ее прикрывали парапеты с бойницами.

В начале XVII в. важнейшими дополнительными элементами обороны Мирского замка стали бастионные укрепления, насыпанные из глины, крупного песка и земли. Это сооружение, имевшее вид мощного четырехугольника размером 170X150 м, стало как бы первой линией обороны.

Строительство замка осуществлялось в несколько этапов. В первом десятилетии XVI в. были сооружены стены и башни, а юго-западный участок двора заняли кирпичным одноэтажным жилым зданием. Второй этап приходился на 20-30-е годы XVI в., когда к южной и восточной стенам пристроили одноэтажный корпус с обширным подвалом. Новое здание заняло значительную территорию замкового двора.

На третьем строительном этапе (вторая половина XVI в. – первая половина XVII в.) над одноэтажным корпусом возвели еще два этажа. Внешними стенами дворца стали замковые стены – северная и восточная. В них замуровали часть бойниц, а на уровне второго и третьего этажей сделали большие оконные проемы. Внутри здание также подверглось реконструкции. По уточненным данным, в конце XVI - начале XVII в., судя по всему, также соорудили подковообразную стену "предбрамья". Представить себе Мирский замок того времени дают возможности инвентари. Согласно сведениям одного из них за 1688 г., на подзамче, окруженном валом, располагались разнообразные хозяйственные постройки – "стайня с возовней и обозней, все крытое гонтом", а также "небольшой огородик". Возле ворот стояла сторожка ("кордыгарда"), где имелись печь "из белой кафли, выведенная вверх, 3 лавки, 1 стол и 1 стеклянное окно". В замке находились княжеская конюшня с заготовленным впрок сеном и овсом, винокурня, баня, хозяйственные подвалы. Высокое крыльцо "с усходками и перилами малеванными" открывало дорогу в многочисленные покои и залы дворца. Там все сверкало чистотой и богатством, на которое с удивлением смотрело солнце, заглядывавшее сюда через цветные стекла окон, вправленных в оловянные и деревянные рамы удивительной работы: на паркетный пол, высокие печи,

сложенные из многоцветной кафли, кованую медь висящих подсвечников, знаменитые карелицкие ковры – "шпалеры", дорогое оружие на стенах.

Мирский замок XVII-XVIII вв. – это уже роскошный дворцово-замковый комплекс, где удивительно удачно сочетались черты военно-фортификационного сооружения и мягкость, пышность и величественность дворцовой постройки. История замка тесно связана с историей самого поселения Мир. По некоторым сведениям, оно впервые упоминается в 1395 г., когда крестоносцы во главе с гроссмейстером Тевтонского ордена Конрадом фон Юнгингемом, не взяв Новогрудка, напали на Лиду и Мир и опустошили их. В 1434 г. великий князь литовский Сигизмунд Кейстутович подарил Мир боярину Сеньку Гедыгольдовичу, от которого он перешел в 1490 г. к роду князей Ильиничей, уроженцев Могилевщины.

В XVI в. городские укрепления уже радзивилловского Мира имели вид земляного вала с деревянным "парканом" и четырьмя деревянными въездными брамами, позднее замененными каменными. Один из местных каменщиков – "муляр Мартин Заборовский" в 1594 г. "оправлял муром" укрепления Мира. Городские брамы, открывавшие из города выезд в четыре стороны, имели собственные названия: Виленская, Меновая, Замковая и Слонимская. Последняя иногда в документах XVII в. называется еще "брама Аюцевичская". Перед валом шел сухой оборонительный ров. В каждой воротной башне имелся подъемный мост. В конце августа – начале сентября 1655 г. город Мир был взят войском царского воеводы А. Н. Трубецкого и украинского полковника Ивана Золотаренко. Повторно город пострадал в конце 1655 г., когда его осаждали шведы. В городе имелось ополчение мещан, разделенное на десятки и сотни.

На вооружении у них в 60-80-х годах XVII в. были гаковницы "в простой осаде", мушкеты, фитильные осаженные самопалы, пики, бердыши, булавы, "оббитые железом", и пушки. Всеми работами по ремонту и досмотру городских укреплений руководил местный городничий. В 80-е годы XVII в., после разрушительной русско-польской войны, в Мире работало две бригады строителей, имена которых известны. Это плотники – "мастер теслярский Гарута, тесли Миколай, Юрка, Чурский, Лаврын Степура, Дударчик, а также каменщики, муляры – старший мастер Мартин, мастера Хабар, Станислав, Петрок и помощники Дудка, Федор, Горбач, Сашка". Как в замке, городские башни крылись различными кровельными материалами: гонтом, дощатой черепицей ("даховкой"), муравленой "королевской даховкой", привозимой из д. Карпова Лука, "хатней даховкой" и жостью ("бляхой") в виде медных и оцинкованных листов. Городские укрепления в Мире, судя по всему, в XVIII в. имели вид бастионной фортификации. Она просуществовала до конца XVIII в., а Виленская брама последний раз упоминается в 1794 г. Затем укрепление срыли. До сих пор уцелел лишь комплекс Мирского замка. Мирский замок в свое время был мощным военным сооружением, где нашли применение почти все известные элементы средневековой фортификации и местные традиции замкового зодчества. Строил его несомненно талантливый архитектор-строитель. Скорее всего им был народный мастер, который обладал богатым

художественным вкусом и чувством пропорций, был хорошо знаком с архитектурой соседних народов. Не имея хороших инструментов, он не смог сделать точной разбивки как планов, так и фасадов. Но это не помешало зодчему создать первоклассное для того времени военно-инженерное сооружение, украсить его суровое обличье прекрасной гармонией красок и разнообразных архитектурных деталей. Сейчас в замке ведутся большие реставрационные работы.

Несвижский замок.

Старинный городок Несвиж знаменит своим средневековым замком. Хотя с виду Несвижский замок больше напоминает дворец XVIII века он не намного младше своего величественного соседа – Мирского замка.

Дошедший до нас Несвижский замок был основан в 1583 году на месте большого имения, возведенного в первой половине XVI века Николаем Радзивиллом Черным (построенным, кстати, ради получения его родом княжеского титула).

Вокруг нового каменного замка выросла современная система укреплений: старые каменные стены были заменены высокими земляными валами с выступающими вперед бастионами, на которых были установлены артиллерийские орудия. Вокруг замка был вырыт широкий и глубокий ров, вода в который поступала из окружающих замок прудов. В течение нескольких лет проводились работы по расширению речки Уши, выкапывались искусственные озера, таким образом получилось, что замок стоит на своеобразном рукотворном острове, являясь неприступной крепостью.

Строительством и особенно укреплением замка занимался сам хозяин – Николай Христофор Радзивилл Сиротка, получивший прекрасное образование в ведущих европейских державах того времени – в Германии, Италии, Австрии и Франции.

Куртины и бастионы Несвижского замка были укреплены камнем, по верху вала шла защищенная бруствером дорога.

На протяжении нескольких столетий Несвижская крепость имела важное военно-стратегическое значение. Здесь также располагалась частная армия князей Радзивиллов – некоронованных королей Великого княжества Литовского. В XVII веке артиллерия замка насчитывала более сотни пушек.

На протяжении все своей истории замок достраивался и обновлялся: разобщенные первоначально корпуса перестраивались, дополнялись архитектурными вставками и, наконец, образовали замкнутый парадный двор. Кроме большого парадного двора в замке существуют еще два маленьких – хозяйственный (конный) и интимный. Конный двор располагался в южной части замка, а в валах были устроены “подземные” конюшни. Третий двор, интимный, совсем маленький. Когда-то он сообщался с внешним миром секретными переходами. Местные легенды говорят, что эти подземные ходы вели к фарному костелу или даже к самому Мирскому замку.

В 1706 году, во время Северной войны Несвижский замок был разрушен шведами, хозяйничавшими в этих местах. К 1726 году замок был

восстановлен. На протяжении всего XVIII века в замке велись работы по его восстановлению, а потом и расширению.

Тогда он приобрел тот облик, мало напоминающий средневековый феодальный замок, который мы видим сегодня: пышная отделка в стиле барокко, ажурные балконы и миниатюрные башенки.

На протяжении многих веков в Несвижском замке собирались огромные художественные и исторические ценности. Кроме фамильного золота и серебра, старинного фарфора и живописных полотен старых мастеров здесь хранилась богатейшая библиотека. В архиве хранились практически все акты Великого княжества Литовского, начиная со времен Ягайлы (Великого князя Литовского и короля польского, конец XIV века). В библиотеке были собраны редкие рукописные и старопечатные издания, исторические документы и грамоты, письма многих монархов.

Все эти ценности легли в основу легенды о “Сокровищнице Радзивиллов”. Считается, что несметные богатства Радзивиллов хранившееся в фамильной сокровищнице должны были всегда находиться в замке, их нельзя было вывозить оттуда даже в годы военных нашествий. Поэтому создавались тайники, о которых знали только сам князь и его самый доверенный слуга. Во время отечественной войны 1812 года последний князь несвижской линии Радзивиллов перешел на сторону Наполеона. При поспешном отступлении французов Доминик Радзивилл не успел забрать с собой все свои богатства. В Несвиж вступили русские войска – все княжеское добро было отправлено в Россию. Но знаменитая сокровищница найдена не была и с тех пор не было покоя любителям забытых кладов. Жертвой их трудов пал прекрасный парк Альба, окружавший замок.

Много труда на поиски клада положили немцы и в Первую мировую войну и во Вторую. В 1941-1944 годах на его поиски была направлена даже специальная саперная рота. Но все усилия были тщетны.

После войны здесь обосновался санаторий. Великолепные залы разгораживали, чтобы сделать кабинеты, палаты лечебные и т.д.

И только совсем недавно в замке начались реставрационные работы.

4. Принципы оценки природных рекреационных ресурсов.

Принципы оценки природных рекреационных ресурсов зависят от типов их оценивания:

А) Медико-биологический – отражает воздействие природных факторов на организм человека, их комфортность. Факторы: климат (многолетний режим погоды свойственный для данной местности). В нем учитываются: температура, влажность, скорость ветра, солнечная радиация.

Б) Психолого-эстетические – эмоциональное воздействие отличительных черт природного ландшафта или его компонентов на человека.

В) Технологическая оценка – включает вопросы техники и технологию использования природных и других ресурсов (возможность строительного освоения территории, выбор того или иного рекреационного занятия).

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 47
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.3. Особо охраняемые природные территории. Биоклимат и природные лечебные ресурсы

Время: 4 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Виды особо охраняемых природных территорий (заповедники, национальные парки, заказники, памятники природы) и разрешенная в них рекреационная деятельность.
2. Крупнейшие биосферные заповедники и национальные парки мира.
3. Основные особо охраняемые природные территории Республики Беларусь.
4. Экологический туризм.
5. Возможности и особенности рекреационной деятельности и экологического туризма лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, интеллекта.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Виды особо охраняемых природных территорий (заповедники, национальные парки, заказники, памятники природы) и разрешенная в них рекреационная деятельность.

Заповедник – охраняемая природная территория, на которой (в отличие от заказников) под охраной находится весь природный комплекс. Важнейшие заповедники мира входят в список Всемирного наследия ЮНЕСКО. Заповедники, признанные Биосферными резерватами ЮНЕСКО, находятся под охраной международного права и называются биосферными заповедниками.

Заказник – охраняемая природная территория, на которой (в отличие от заповедников) под охраной находится не весь природный комплекс, а некоторые его части: только растения, только животные, либо их отдельные виды, либо отдельные историко-мемориальные или геологические объекты.

Признаки заказников:

А) Государственными природными заказниками являются территории (акватории), имеющие особое значение для сохранения или восстановления природных комплексов или их компонентов и поддержания экологического баланса.

Б) Объявление территории государственным природным заказником допускается как с изъятием, так и без изъятия у пользователей, владельцев и собственников земельных участков.

В) Государственные природные заказники могут быть федерального или регионального значения.

Г) Государственные природные заказники федерального значения находятся в ведении специально уполномоченных на то Правительством Российской Федерации государственных органов Российской Федерации и финансируются за счет средств федерального бюджета и других не запрещенных законом источников.

Для обеспечения неприкосновенности охраняемых объектов в заказниках запрещены отдельные виды хозяйственной деятельности, такие как охота, рыболовство, сенокос, выпас скота, в то время как другие виды деятельности, не влияющие на охраняемые объекты, могут быть разрешены.

Национальный парк – это территория, где в целях охраны окружающей среды ограничена деятельность человека.

В отличие от заповедников, где деятельность человека практически полностью запрещена (запрещены охота, туризм и т.д.), на территорию национальных парков допускаются туристы, в ограниченных масштабах допускается хозяйственная деятельность.

Памятник природы – охраняемая природная территория, на которой расположен редкий или достопримечательный объект живой или неживой природы, уникальный в научном, культурном, историко-мемориальном или эстетическом отношении.

В качестве памятника природы может быть водопад, метеоритный кратер, уникальное геологическое обнажение, пещера или, например, редкое дерево. Иногда к памятникам природы относят территории значительных размеров – леса, горные хребты, участки побережий и долин. В таком случае они именуются урочищами или охраняемыми ландшафтами.

Памятники природы подразделяются по типам на ботанические, геологические, гидрологические, гидрогеологические, зоологические и комплексные.

Для большей части памятников природы устанавливается режим заказников, но для особо ценных природных объектов может быть установлен режим заповедников.

2. Крупнейшие биосферные заповедники и национальные парки мира.

- Баргузинский государственный природный биосферный заповедник (Россия) – организован в 1916 как соболиный охотничий заповедник, созданный для спасения от хищнического истребления ценнейшего пушного зверя – баргузинского соболя.

- Большой Арктический государственный природный заповедник (площадь равна 4 млн. 169,2 га) (Россия) – самый большой в Евразии.

- Биосферный заповедник в Алтайских горах (Россия). Имеет весьма внушительные размеры, почти 9 тысяч км², и обладает высокой известностью.

- Национальный парк Беловежская пуца является особым природоохранным объектом. Представляет он собой территорию с реликтовыми лесами (то есть, древними). Или, скорее, с тем, что осталось от

этих лесов. Часть его вырублена и сохранились реликтовые леса лишь на территории Беларуси и Польши - именно здесь и находится парк.

- Забайкальский национальный парк находится в Бурятии, на юге России. Расположился он в пределах горно-таёжной области, что не могло не сказаться на его флоре и фауне. Находятся в парке тысячи различных видов животных и растений, некоторые из них занесены в Красную книгу.

- Йеллоустонский национальный парк является международным биосферным заповедником, поскольку в его состав входит множество природных объектов, нуждающихся в особой защите. Это различные геотермальные источники, гейзеры, озёра и реки. Также парк богат представителями животного мира, нуждающимися в защите.

- Гранд-Каньон - это национальный парк, расположенный на территории США. Он представляет собой большой и удивительный по красоте каньон - одно из чудес света.

- Серенгети – крупный национальный парк Африки (почти 15 тысяч км²), известный богатым разнообразием животного мира.

- Банф – это крупный национальный парк Канады. Его особенностью являются наличие большого количества хвойных лесов и ледников. Вместе с довольно высокими горами это создаёт удивительные по красоте пейзажи.

- Плитвицкие озёра – национальный парк Хорватии, включающий в свой состав живописные озёра, водопады и пещеры.

- Березинский биосферный заповедник находится на севере Беларуси, в 120 километрах от её столицы. Целью заповедника является сохранение и разведение редких видов животных и растений. И возможно это благодаря особенностям природы на данной территории. Имеются здесь болота, реки, озёра, луга, ну и леса, разумеется, занимающие почти 9/10 всей территории. На данный момент, в заповеднике находится почти две сотни видов растений и животных, занесённых в Красную книгу.

- На северо-западе Беларуси, в Браславском районе, находится большая группа озёр, имеющая важное значение. С целью сохранения этого природного богатства, был создан национальный парк "Браславские озёра". Именно количество озёр делают парк уникальным природоохранным объектом. Так, при площади более семисот квадратных километров, 17% её занимают озёра (около 130 км²). И это действительно много.

- Государственный природный заповедник "Кузнецкий Алатау" находится в Кемеровской области России, в южной части Центральной Сибири. Главной задачей заповедника является сохранение природных комплексов гор Кузнецкий Алатау. А сохранять там есть что, ведь на территории этого природоохранного объекта находятся ледники, карстовые озёра и болота, а также многие виды растений и животных. Помимо этого, заповедник является важным источником чистой пресной воды.

Представляет собой один из самых крупных заповедников России. На его территории находится довольно много видов редких животных и растений.

- Большой Арктический заповедник – это крупный природоохранный объект, целью которого является не только охрана уникальных экологических систем, но ещё и их изучение.

- Северо-Восточный Гренландский национальный парк, или Гренландский национальный парк является крупнейшим национальным парком мира. Его площадь лишь немного не дотягивает до миллиона квадратных километров, что крупнее множества стран мира. Помимо своих размеров, Гренландский парк известен некоторыми редкими представителями животного мира, обитающими в нём. Это одна из причин, по которой он получил статус биосферного заповедника.

- Кедровая пядь – это известный биосферный заповедник России, получивший своё название благодаря большому количеству реликтовых форм растений на его территории. В частности, можно отметить преобладание кедра корейского.

- Земля леопардов – это национальный парк России, главной целью которого является сохранение и восстановление популяции дальневосточного леопарда.

- Лапландский заповедник является одной из крупнейших природоохранных территорий в России. Целью его является сохранение дикой природы в её первозданном виде.

- Кроноцкий заповедник – это большой по площади природоохранный объект, находящийся в России. На его территории имеется множество уникальных природных объектов, а также отмечается разнообразие флоры и фауны.

- Национальный парк Сагарматха известен не только своими красивыми видами, но и высокими горами, находящимися на его территории. Хотя среди этих высоких вершин одна выделяется особенно сильно - гора Джомолунгма, также известная как Эверест, самая высокая гора в мире.

- На территории Аргентины находится национальный парк Аконкагуа. Интересен он тем, что в его состав входит самый высокий в мире потухший вулкан – гора Аконкагуа (6962 метра).

- Национальный парк Денали является биосферным заповедником, находящимся в США. Главной его достопримечательностью является гора Денали – высочайшая точка Северной Америки (6193 метров).

3. Основные особо охраняемые природные территории Республики Беларусь.

| Название заповедника | Год создания | Площадь (га) |
|--------------------------------------|--------------|--|
| Национальный парк «Беловежская пуща» | 1921 | 87363 га (ещё 10501 га на территории Польши) |
| Березинский биосферный заповедник | 1925 | 82000 га |

| | | |
|--|------|-----------|
| Полесский государственный радиационно-экологический заповедник | 1988 | 216100 га |
| Национальный парк «Нарочанский» | 1999 | 94000 га |
| Национальный парк «Браславские озёра» | 1995 | 69115 га |
| Национальный парк «Припятский» | 1996 | 85841 га |
| | | |

4. Экологический туризм.

Экологический туризм – путешествия к относительно неискаженным или незагрязненным областям с уникальными природными объектами. Экотуризм – это природный туризм, который включает изучение окружающей природной среды и служит для улучшения обстановки в этой среде. В основе экотуризма лежит забота об окружающей среде. На первый план выходит организация поездки с ограниченным числом участников в природные зоны с возможным посещением мест, представляющих культурный интерес, с целью реализации различных проектов охраны и рационального использования природных ресурсов. По определению Международной организации экотуризма, "экологический туризм – это ответственное путешествие в природные зоны, области, сохраняющие окружающую среду и поддерживающие благосостояние местных жителей".

Для более глубокого понимания этого вида путешествий Международной организацией экотуризма выработано «10 заповедей эко туриста»:

- 1) помнить об уязвимости земли;
- 2) оставлять только следы, уносить только фотографии;
- 3) познавать мир, в который попал: культуру народов, географию;
- 4) уважать местных жителей;
- 5) не покупать изделия производителей, подвергающих опасности окружающую среду;
- 6) всегда следовать только протоптанными тропами;
- 7) поддерживать программы по защите окружающей среды;
- 8) использовать методы сохранения окружающей среды;
- 9) поддерживать организации, содействующие защите природы;
- 10) путешествовать с фирмами, поддерживающими принципы экотуризма.

Признаки экологического туризма

Выделяется целый спектр признаков экологического туризма:

- любое путешествие, в течение которого турист изучает окружающую среду;
- путешествие, в котором природа является главной ценностью;
- доходы от экотуризма направляются на финансовую поддержку защиты окружающей среды;
- эко туристы лично участвуют в действиях, которые сохраняют или восстанавливают ресурсы дикой природы.

Признаки экологического туризма базируются на определениях экотуризма, которые в свою очередь подразделяются на активные и пассивные. Примером активноопределения экотуризма может служить определение, выработанное Международным обществом выживания: "Экологический туризм поощряет главенство интересов местных жителей в туристском освоении территории, защищает местную флору и фауну и обеспечивает местных жителей экономическими стимулами сохранять окружающую среду". К числу пассивных определений относится следующее: "Экологический туризм координирует, помогает и стимулирует использование культурных и природных туристских ресурсов области (региона) для местного населения и будущих туристов".

Обобщая признаки и определения экологического туризма, можно выделить три основных компонента экотуризма:

1) "*познание природы*", т. е. путешествие, предполагает наличие элементов изучения природы, получения туристами новых навыков и знаний;

2) "*сохранение экосистем*" подразумевает не только соответствующее поведение группы на маршруте, но и участие туристов, туроператоров в программах, мероприятиях по защите окружающей среды;

3) "*уважение интересов местных жителей*" предполагает не только соблюдение местных законов и обычаев, но и вклад туризма в социально экономическое развитие туристских дестинаций.

При отсутствии хотя бы одного из этих компонентов нет оснований говорить об экотуризме. Обобщая вышеизложенное, определение экологического туризма может быть следующим: экологический туризм - это специальный вид туристской деятельности, основанной на туристском спросе, связанной с туристскими потребностями в познании природы и внесении вклада в сохранение экологических систем при обязательном уважении интересов местного населения.

Виды экологического туризма

В настоящее время выделяют четыре вида экологического туризма:

1. Научный туризм. Как правило, туристскими объектами в таких турах выступают особо охраняемые природные территории, заповедники, заказники, национальные парки. В ходе научных экологических туров туристы участвуют в различных исследовательских экспедициях, ведут полевые наблюдения. Широко известны экотуры в Латинской Америке: круизы по Галапагосским островам.

2. Туры истории природы. Это совокупность учебных, научно культурных и туристских экскурсий, пролегающих по специально образованным экологическим маршрутам. Наиболее часто такие экологические туры организуются по территориям заповедников, национальных парков, по туристским территориям и акваториям. Этот вид туризма особенно популярен в Германии, поэтому его часто называют немецкой моделью развития экологического туризма.

3. Приключенческий туризм. В него можно включить следующие туры:
- discovery amp; adventure holidays (отдаленные регионы);

- short destinations (краткосрочные туры на велосипедах);
- walking amp; trekking (пешеходные маршруты по сложной местности);
- multi activity holidays (путешествия со значительными физическими нагрузками);
- overland tours (путешествия на специально переоборудованных для жилья автомобилях).

Данный вид экотуризма объединяет все путешествия, связанные с активными способами передвижения и отдыха на природе. К данному виду экологического туризма также относятся следующие: альпинизм, скалолазание, ледолазание, спелеотуризм, горный и пешеходный туризм, водный, лыжный, горнолыжный туризм, конный туризм, дайвинг, парапланеризм. Многие из этих видов туризма появились недавно и относятся к специальному виду туризма - экстремальному.

4. *Путешествия в природные заповедники и резервации.* Высокая атрактивность уникальных и экзотических природных объектов и явлений, находящихся в заповедниках, привлекает множество туристов. Например, 60 % туристов, прибывающих в страны Латинской Америки, имеют целью посещение национальных парков, природных заповедников и резерваций. Этот вид экологического туризма наиболее развит в Австралии, поэтому его часто называют австралийской моделью развития.

5. Возможности и особенности рекреационной деятельности и экологического туризма лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, интеллекта.

Туризм (от франц. – прогулка, поездка) – это путешествие в свободное время, один из видов активного отдыха, который превратился в настоящее время в целую отрасль, мировую индустрию.

Основные функции туризма: воспроизводящая, познавательная, а также функция самовыражения. Все эти функции тесно взаимосвязаны, дополняют и сопутствуют друг другу, позволяя осуществлять современный подход к туризму как программному обслуживанию.

Программное обслуживание – это комплексное предоставление определенного набора услуг клиенту в процессе преодоления им пространства (на транспорте, пешком, на животных или другими способами), подчиненное одной цели (мотиву), побудившей его (клиента) к решению собственных проблем (возможности знакомства, обучения, самовыражения, удовлетворения любопытства и др.) с помощью путешествия.

В связи с высокой степенью накала конкурентной борьбы на международном туристском рынке большинство туристских фирм стало предлагать своим клиентам комплексное обслуживание по определенной программе. Это резко и довольно сильно увеличило рынок, расширив систему спроса и предложения, позволило дифференцировать его, а туристским фирмам - специализироваться на том или ином виде программ (тематике, технологии), что, естественно, сразу повысило уровень обслуживания.

Программа обслуживания – это набор запланированных услуг, распределенный по дням и времени их предоставления. Программный туризм – это работа над программами обслуживания.

Краеугольным камнем туристской программы является основная цель путешествия. Это связано с тем, что, как показали исследования, турист не считает программу и обслуживание качественными (даже программу самого высокого уровня), если цель путешествия не достигнута. Например, при покупке тура клиент предполагал, что получит много познавательных экскурсий, а в процессе обслуживания выяснилось, что на фешенебельном курорте все экскурсии предоставляются за дополнительную плату, да и то при условии набора минимального количества человек в экскурсионной группе. Турист не удовлетворен. Программа его не устроила – обслуживание некачественное. И наоборот. Такая реакция потребителя на обслуживание оказывает влияние на восстановительный эффект поездки и отдыха, так как этот эффект тесно связан с психологическим уровнем восприятия отдыха и путешествия.

При этом базовой основой программирования туристского обслуживания являются, конечно, вкусы, привычки и пожелания клиентов.

Рекреационные основы программного туризма

Деятельность (мероприятия) по расширенному воспроизводству человеческих сил называется рекреационной деятельностью. Программное обслуживание и рекреационная деятельность взаимосвязаны между собой.

Без рекреационной деятельности, без рекреационных занятий невозможна хорошая программа обслуживания. Поэтому можно сказать, что рекреационные занятия также есть основа туристских программ.

Исторически сложилось так, что термин «рекреационная деятельность» несет сегодня двойную нагрузку. С одной стороны, в него вкладываются понятия о деятельности человека и групп населения; с ним связаны понятия «рекреационные занятия», «циклы занятий». С другой стороны, с ним связано представление о специфической деятельности общества по организации условий осуществления населением деятельности по удовлетворению потребностей (то, что мы называем деятельностью организаторов отдыха). Возможно, со временем эти два понятия разойдутся и каждое из них будет обозначаться своим термином.

Рекреационная деятельность отдыхающих и организаторов отдыха выступает как процесс организации пространства и времени, т. е. как деятельность, созидающая, организующая, придающая им некоторую упорядоченность.

Для рекреационной деятельности типичны упорядоченность и одновременно периодичность. Это обусловлено как природными ритмами и циклами (суточными, сезонными и др.), так и цикличностью (с чередованием труда и быта) социально-бытовой деятельности отдыхающих и общества (в частности, организаторов отдыха).

Рекреационная деятельность изучается в рамках рекреологии и рекреационной географии.

Рекреалогия – это междисциплинарная наука о рекреационных системах, основанная на парадигмах (ощущениях, целях и привычках) экологии человека¹.

Основные понятия рекреалогии: рекреационные потребности человека, рекреационные потребности общества, рекреационная деятельность отдыхающих, рекреационная деятельность организаторов отдыха, рекреационное занятие, рекреационное время, рекреационное пространство, рекреационная система.

Программа обслуживания это определенный цикл рекреационных занятий.

Цикл рекреационных занятий – это:

- 1) взаимосвязанное и взаимообусловленное сочетание элементарных рекреационных занятий, возникающих на базе ведущего (основного) занятия;
- 2) взаимосвязанное сочетание различных видов деятельности людей во время отдыха, имеющее целевую ориентацию;
- 3) программа отдыха, позволяющая на основе поведенческих возможностей и образцов реализовать определенные рекреационные цели в конкретных условиях.

Построение программ по циклам рекреационных занятий предполагает специализацию туристских предприятий по отдельным видам рекреации.

Циклы рекреационных занятий делятся на зимние, летние и внесезонные. Туристское движение носит сезонный характер. Оно проявляется преимущественно в периоды, когда можно принимать солнечные ванны, купаться, заниматься парусным, лыжным, конькобежным или другими видами спорта. Существуют, конечно, и внесезонные занятия, к ним в основном относятся занятия познавательного и развлекательного характера, однако и они сильнее проявляются все-таки в лучшие сезоны.

Сезонный спад вызывает временное высвобождение рабочей силы, которой нужно найти на этот период другое применение, и влияет на распределение издержек производства. С помощью специально разработанных туристских программ (наряду со скидками) можно привлекать в эти периоды дополнительных клиентов, смягчая отрицательное воздействие сезонности туризма. Любая туристская программа имеет план мероприятий, реализуемый для удовлетворения специализированных и конкретных запросов и интересов туристов. Это обеспечивается правильно и интересно смоделированным циклом рекреационных занятий.

Циклы рекреационных занятий должны удовлетворять двум фундаментальным требованиям: полезности и индивидуальной привлекательности.

Виды услуг и программа обслуживания

Основными видами услуг, входящими почти в любую туристскую программу обслуживания, являются:

- проживание;
- досугово-развлекательные услуги;
- питание;
- спортивные программы;

- экскурсионное обслуживание;
- курортные услуги;
- транспортные услуги;
- бытовые услуги и др.

Из комплекса этих услуг формируется программа обслуживания туристов.

С точки зрения программного обслуживания туристские программы - это всегда тематическая направленность. В зависимости от тематики тура составляется определенный набор услуг, который зависит от цели путешествия и уровня заказанной комфортности. При этом программа состоит из основных услуг, соответствующих цели путешествия, а также услуг, дополняющих и сопутствующих.

Подход к туристскому программированию условно включает такие необходимые составляющие, как качество, оптимальность и психологическая подготовка их восприятия.

Программный туризм – это предоставление туристам нормативно заданного объема услуг, оптимально соответствующего типу потребителя и цели путешествия, гарантирующего содержательную деятельность в соответствии с рекреационными потребностями.

Данное определение включает три основных принципа:

- 1) ориентацию на активную и содержательную деятельность туристов;
- 2) учет индивидуальных потребностей каждого туриста;
- 3) гарантию запланированного уровня и объема услуг, обслуживание по научно обоснованным нормам и стандартам, о которых потребитель информируется не позднее стадии реализации своего заказа или приобретения путевки.

Для успешного внедрения программного обслуживания в туризме необходимо следующее:

- специальная подготовка, переподготовка и повышение квалификации туристских кадров;
- разработка типовых сценариев и циклов рекреационных занятий;
- активное развитие туристской инфраструктуры;
- государственная поддержка частных предпринимателей;
- гарантия защиты прав потребителей;
- организация системы реализации запроса таким образом, чтобы потребитель мог участвовать в конструировании программы собственного отдыха;
- дифференцированный подход к обслуживанию различных групп населения, связанных общностью социально-психологических признаков и интересов;
- специализация туристских предприятий по отдельным видам программ обслуживания.

В числе параметров для дифференциации программ туристского отдыха и путешествий могут быть выделены:

- основные виды рекреационной деятельности (рекреационные занятия, циклы и системы занятий);

- основные группы населения, на которые рассчитаны программы;
- степень ориентации и зависимости от материально-технической базы, рекреационных ресурсов и туристской инфраструктуры;
- пространственно-временная локализация, социально-функциональная направленность (оздоровление, общение, познание и др.).

Эти и другие параметры могут быть использованы для построения программы туристского обслуживания и конструирования программ.

Программное движение в туризме в значительной степени изменчиво по содержанию и зависит от таких непредсказуемых движений, как мода, увлечения, устаревание и потеря интереса. Поэтому с течением времени появляются новые виды программ и исчезают некоторые прежние. Задача менеджеров - отслеживать и вовремя реагировать на происходящие изменения спроса и потребностей.

Мотивация программного туризма

Программное обслуживание в первую очередь использует мотивы и стремления клиентов. Естественно, что не все они могут быть отчетливо сформулированы и определены. Поэтому при их описании необходимо придерживаться несколько условной классификации, основанной на мотивации туристов при выборе того или иного вида отдыха или путешествия.

Мотивы туристов при выборе путешествия могут быть самыми разнообразными и зависят от многих факторов. Среди них, конечно же, и возраст, и уровень доходов туристов, и национальные особенности, и даже мода.

Однако среди всего многообразия мотивов специалисты выделяют наиболее типичные, присутствующие у большинства потребителей на большинстве туристских рынков. На них обычно основываются стандартные программы обслуживания, распространенные во всем мире. Это следующие мотивы и связанные с ними программы обслуживания:

1. Забота о сохранении здоровья - в этой группе программ предусмотрены туры с лечением, массажем и другими процедурами для семей, инвалидов, некурящих или бросающих курить, туры с оздоровительными видами спорта (плавание, аэробика, лечебная гимнастика и пр.).

2. Занятия спортом как средство психологической разрядки и повышения жизненной активности. Сюда входят туры, позволяющие заниматься в период отпуска такими видами спорта, которыми большинство людей не имеют возможности заниматься регулярно в течение года. Это горные лыжи, теннис, гольф, планерный спорт, конный, парусный спорт, серфинг, виндсерфинг, подводное плавание, сплав на байдарках и катамаранах и многое другое.

3. Обучение. Здесь можно выделить прежде всего изучение иностранных языков и разговорную практику, предусматривающие ежедневные занятия, а также другие виды рекреационных занятий. Кроме того, сюда входят обучение различным видам спорта и профессиональные программы обучения (менеджмент, маркетинг, экономика и др.). Небольшую группу составляют обучающие туры по интересам (кулинария, экология, астрономия и др.).

4. Возможность для самовыражения и самоутверждения. Эта группа включает в себя так называемые приключенческие туры: высококатегорийные туристские походы, кругосветное путешествие на теплоходе, африканское сафари, охота на верблюдах (Йемен, Египет) и мотонартах (Финляндия), покорение горных вершин, подводная охота и различные экспедиции.

5. Возможность заняться любимым делом (хобби) в среде единомышленников. Для таких людей существуют специальные туры для автолюбителей, для «фанатов» и спортивных болельщиков на спортивные соревнования, чемпионаты и олимпиады, для паломников, для коллекционеров и любителей (например, «Путешествие за орхидеями по Азии»), для гурманов («Сырный тур по Швейцарии» или «Пивной тур по Чехии») и др.

6. Решение деловых проблем. Сюда относятся так называемые деловые, конгресс-туры и т. п. Туристская фирма обеспечивает культурную и туристско-экскурсионную программу конгрессов, организует деловые поездки с посещением интересующих клиентов мест и предоставлением соответствующих услуг (транспорта, размещения, питания, конгресс-обслуживания и пр.).

7. Развлечение и потребность в общении с другими людьми. Это в основном путешествия в праздничные дни с развлекательно-познавательной программой.

8. Удовлетворение любопытства и повышение культурного уровня. Эти задачи решаются во всех названных выше турах, но основную роль они играют: в познавательных турах по знаменитым городам, столицам, историческим и культурным центрам; в театральных турах по знаменитым оперным залам, концертам и балетам; в литературных турах по местам действия известных литературных произведений и др.

При выборе программы важны также экономические соображения, территориально-климатические и многие другие.

Каждый вид тура в зависимости от программы имеет особую специфику организации обслуживания туристов, распределения времени и предоставления услуг, технологии обслуживания туристов. При этом программа обслуживания строится исходя из основной цели путешествия. При всем разнообразии вариантов программ соблюдается принцип «Цель путешествия - тип тура».

Если не выполняется этот основополагающий принцип организации тура, составления программы, то работа обречена на провал, даже состоящая из высококачественных услуг высшей категории, так как турист считает качественным обслуживание только тогда, когда цель его путешествия выполнена. Если же он ее не достиг (скажем, ехал поправить здоровье, а попал в горный поход), то впечатления его отрицательны. Следовательно, спрос на такое туристское обслуживание падает. То же касается и близких программ, составленных из услуг различной направленности и тематики и не отвечающих потребностям того или иного сегмента потребителей.

Любая программа обслуживания должна быть сориентирована на конкретного потребителя и соответствовать его целевым мотивам.

Целевые программы - это программы, построенные исходя из цели путешествия туристов. Цель путешествия - важный аспект ориентации содержания программы и обслуживания. Целевая ориентация программы диктует специфику обслуживания. На рынке представлено огромное множество целевых программ путешествий, равно как и туристских целей. Однако при все возрастающей их дифференциации существуют наиболее распространенные целевые программы обслуживания, такие, например, как курортно-оздоровительные, познавательные, деловые, спортивные и др.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 48
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.4. Курортология и адаптивная рекреация. Типы лечебно-профилактических учреждений на курорте

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Определение понятия «курорт».
2. Санатории, профилактории, пансионаты с лечением, водогрязелечебницы и др.
3. Основные показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения инвалидов.
4. Основные курорты Республики Беларусь.
5. Климатолечение и климатопрофилактика.
6. Климатические процедуры: аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия.
7. Использование минеральных вод в санаторно-курортной практике.
8. Бальнеотерапия.
9. Грязелечение.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Определение понятия «курорт».

В комплексе лечебно-оздоровительных, реабилитационных и профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья человека, особое место занимает санаторно-курортное лечение.

Курортология – это наука:

- о природных лечебных факторах;
- их действии на организм;
- и использовании в лечебно-профилактических и реабилитационных целях.

Курорт – это только та местность, в пределах которой имеются:

1. Естественные или выведенные на поверхность искусственным путем минеральной воды.

2. Запасы лечебных грязей.

3. Целебный климат.

4. Водоемы с удобными пляжами.

5. Благоприятный ландшафт.

6. Необходимые для отдыха и восстановления учреждения и сооружения.

Курорты делятся на 3 группы:

- климатические;
- бальнеологические;

- грязевые.

2. Санатории, профилактории, пансионаты с лечением, водогрязелечебницы и др.

Санаторий – это ведущее лечебно-профилактическое учреждение на курорте.

Санатории могут быть:

1. Общего профиля.
2. Специализированные.
3. Детские.
4. Матери и ребенка.

Основной целью санаторного лечения – является:

1. Восстановление;
2. Компенсация нарушенных функций организма на основе:
 - нормализации;
 - повышения собственных защитно-приспособительных механизмов организма человека.

Лечение больных в санатории осуществляется преимущественно природными физическими факторами в сочетании с дополнительными методами санаторно-курортного лечения.

Методы курортного лечения:

- лечебно-охранительный режим;
- рациональное диетическое питание;
- АФК, массаж;
- физиотерапия и физиопрофилактика;
- фитотерапия;
- ароматерапия;
- закаливание;
- другие методы (галотерапия – лечение в соляных шахтах, кумысолечение, апитерапия, лечение перегретыми газами и водяными парами, иппотерапия – катание на лошадях и др.).

Этапы санаторно-курортного лечения:

1. Начальный (2-3 дня) – для обследования и приспособления к новым климатическим условиям.
2. Вводный (3-4 дня) – период определения реакции организма на проводимое лечение.
3. Основной – включает всю сумму лечебных мероприятий.
4. Заключительный (короткий) – для заключительных, тренирующих процедур или отдыха больного после лечения.

В зависимости от формы и тяжести заболевания выделяют 3 варианта основного лечения:

1. Облегченный (щадящий) – для людей, ослабленных, с более выраженными изменениями сердечно-сосудистой системы.

2. Умеренно-интенсивный – для больных с удовлетворительной компенсацией кровообращения.

3. Интенсивный (с использованием сильных) – рекомендуется только в случаях необходимого усиления лечебного эффекта, но при условии удовлетворительного состояния сердечно-сосудистой системы и отсутствии невротических реакций.

3. Основные показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения инвалидов.

Противопоказания для лечения в санаториях:

- болезни в острой стадии заболевания;
- хронические заболевания, требующие больничного лечения;
- острые инфекционные заболевания;
- все заразные и паразитарные болезни глаз и кожи;
- венерические и грибковые заболевания;
- онкологические заболевания и болезни крови;
- болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;
- туберкулез;
- эпилепсия, психоневрозы, психопатия и умственная отсталость, требующие индивидуальных условий ухода и лечения;
- беременность, начиная с 26-й недели.

4. Основные курорты Республики Беларусь.

В Беларуси сегодня выделяется 5 курортов республиканского значения – Нарочь, Ждановичи, Ушачи, Новоельня, Рогачев, а также курорты местного значения - Белое Озеро, Бобруйск, Летцы и Ченки. На берегу крупнейшего в Беларуси природного водоема, озера Нарочь, создан единственный в стране курортный поселок. Специализацию курортов определяют их преобладающие оздоровительные природные факторы. Большая часть курортов Беларуси смешенные, поскольку сочетают признаки климатических и бальнеологических курортов.

- Курорт Нарочь – крупнейший и один из самых популярных курортно-рекреационных районов Республики Беларусь. Поистине уникальная экологически чистая зона с самым крупным естественным водоемом страны - озером Нарочь, благоприятные климатические условия и наличие природных лечебных факторов стало основой для формирования здесь курорта национального значения. Курорт Нарочь, площадью более 20 тысяч га, занимает прибрежную территорию озер Нарочь, Баторино, Мястро, Мядель и Швакшты. Озеро Нарочь - «жемчужина» Беларуси, которое по своему географическому положению, свойствам воды и разнообразию прибрежных ландшафтов не имеет равных в стране.

Национальный парк «Нарочанский» – часть Белорусского Поозерья, основа курортного региона, который регулирует рекреационную и хозяйственную деятельность. Территория парка была сформирована в

результате последнего оледенения на Беларуси, которое и создало здесь особый благоприятный микроклимат. Сочетание светлого и чистого соснового леса, природной лаборатории чистейшего воздуха, широкой песчаной прибрежной полосы, целебных источников минеральных вод и огромное зеркало воды – превосходные условия для эффективного лечения сердечно-сосудистых заболеваний, нервной системы, органов дыхания и пищеварения.

Помимо природных богатств и живописных окрестностей курорт Нарочь удивляет гостей своими археологическими и архитектурными достопримечательностями, историческим наследием. Увлекательные экскурсионные и природоведческие маршруты, в том числе по наблюдению за животным миром в диких условиях, охоте, рыболовстве, организует Национальный парк «Нарочанский».

На территории парка сформирована курортная зона с развитой и разнообразной инфраструктурой, к услугам гостей – культурно-развлекательный комплекс, рестораны, бары, дискотеки, боулинг, бильярд, несколько крупных бассейнов с саунами. Постоянное развитие туристкой инфраструктуры, модернизация санаторно-курортных организаций и туристических комплексов, внедрение новых современных видов услуг в сфере лечения и индустрии развлечений, открытие новых туристских маршрутов направлены на укрепление статуса курорта Нарочь и выход его на мировой уровень.

Сегодня самый известный в стране курорт Нарочь может гордиться 11 санаторно-курортными и оздоровительными организациями для взрослых и детей.

- Курорт Ждановичи – курорт республиканского значения в пригороде Минска, получивший особую популярность среди отдыхающих благодаря прекрасному сочетанию бескрайней глади сразу трех водоемов, источников целебных минеральных вод и высокого уровня предлагаемого сервиса. Бальнеогрязевый и климатический курорт Ждановичи полностью располагается на территории Минского района между тремя крупными водохранилищами – Заславским (Минское море), Дрозды и Криница. Живописные прибрежные пейзажи чередуются с небольшими холмами и великолепными сосновыми лесами, доставляя отдыхающим невероятное эстетическое удовольствие.

Минское море – второй по величине и первый по популярности искусственный водоем страны, он входит в состав Вилейско-Минской водной системы. Отдых на Минском море ассоциируется с прогулками на теплоходе и пикниками, это излюбленное место занятия водными видами спорта, купания и рыбалки.

Водохранилище Криница привлекает людей, желающих отдохнуть от городской суеты, приблизиться к природе и оздоровиться, его песчаные пологие берега – прекрасное место для любителей купаться и загорать. На его берегу расположен байдарочно-каноечный клуб.

Водохранилище Дрозды имеет хорошо оборудованные пляжи и благоустроенные зоны для барбекю, а его парк для тихих и размеренных

прогулок позволяет погрузиться в атмосферу гармонии с природой и умиротворения.

Отличительной особенностью курорта Ждановичи является наличие природных источников минеральных вод, которые активно применяются в здравницах для питьевого лечения и водных процедур. По своим свойствам и составу сульфатно-хлоридно-натриевые Ждановичские минеральные воды не уступают известным мировым брендам. Именно наличие целебных источников и особые климатические условия в большей степени определили специализацию курорта - лечение заболеваний органов пищеварения, дыхания и кровообращения. Кроме того, здесь успешно проходят оздоровление люди с заболеваниями мочеполовой и костно-мышечной системы.

Близость курорта к крупнейшему в республике городу обусловила отличную транспортную доступность у каждой здравницы и прекрасно развитую инфраструктуру. Добраться от железнодорожного и автовокзала, а также Национального аэропорта Минск до любого санатория занимает всего около 1 часа.

Помимо того, что каждый санаторий готов предложить гостю насыщенный досуг, везде работают кафе, бары и рестораны, имеются оборудованные пляжи и спортивные площадки, многие могут похвастаться разнообразными саунами и бассейнами, активно развивается СПА-индустрия. В непосредственной близости к курорту находится крупнейший в республике аквапарк. Благодаря расположению всего в нескольких километрах от города гости санаторно-курортных организаций имеют уникальную возможность объединить оздоровительный отдых с экскурсионными поездками или самостоятельным изучением столицы и даже шопингом. Многие здравницы и столичные компании предлагают увлекательные экскурсионные маршруты по Минску и другим регионам Беларуси. Не стоит упускать возможность и познакомиться с лучшими достопримечательностями Беларуси, расположенными неподалеку - Древний Заславль, Линия Сталина, этнографический комплекс Дудutki, мемориальный комплекс Хатынь и многие другие популярные локации.

Курорт Ждановичи предлагает круглогодичный отдых и оздоровление на любой бюджет – от недорогих оздоровительных центров до топовых санаториев с первоклассным уровнем сервиса.

- Курорт Ушачи – климатобальнеологический курорт республиканского значения на севере Республики Беларусь. Бесчисленное множество озер Ушачской группы, оплетенных сетью мелких рек, обширные многовековые леса, холмистые ландшафты и целебные источники минеральных вод - основа курортного региона. Благодаря малой освоенности территории здесь сохраняется экологически чистая зона для комфортного отдыха и эффективного оздоровления.

Курорт республиканского значения Ушачи расположен вдоль реки Ушача южнее одноименного городского поселка Ушачи, здесь стирается грань между урбанистическими пейзажами и нетронутой природой. Это живописное место,

где человек погружается в атмосферу спокойствия, уединения, где сама природа благоволит восстановлению жизненных сил и энергии. Отличительная особенность курорта – богатые водные ресурсы! Курорт Ушачи является частью Ушачской озерной группы, второй по величине в Республике Беларусь, которая насчитывает более 60 мелких и крупных озер. Ушачские озера, расположенные вдали от крупных промышленных центров, отличаются чистой прозрачной водой без вредных примесей. Ежегодно сотни туристов, рыболовов и охотников приезжают сюда из крупных областных городов нашей страны, а также городов миллионеров страны-соседки России.

На территории курорта расположены два уникальных водоема – озера Долгое и Барковщина, которые питаются преимущественно Барковщинскими родниками и сероводородными источниками озера Должино. Слава о целебных свойствах Барковщинских родников была распространена далеко за пределами современной Беларуси еще в Средние века.

Источники этого родника имеют различный минеральный состав - из двух северных выходов происходит истечение железистых мутноватых вод, из третьего выхода истекают прозрачные радоновые воды без запаха, а из четвертого - сернистые воды, имеющие характерный запах сероводорода. Эти месторождения минеральных вод - основой лечебный природный фактор курорта. Воды источника успешно применяются для питьевого лечения хронического гастрита, гепатита, желчекаменной и мочекаменной болезней и других заболеваний печени и почек, заболеваний обмена веществ (сахарный диабет, подагра).

Помимо лечебного эффекта огромное удовольствие доставляет гостям курорта купание в кристально чистой воде Ушачских озер, созерцание живописных прибрежных пейзажей и возможность понежиться на солнце на благоустроенных пляжах в яркий летний день. Важной перспективой в развития санаторно-курортного лечения считаются лечебные сапропелевые грязи в районе озера Долгий Деменец.

Поправить свое здоровье, укрепить иммунитет предлагает гостям курорта санаторий Лесные озера - основной поставщик санаторно-курортных услуг курорта Ушачи.

Десятилетиями здесь хранят лучшие традиции санаторно-курортного лечения, которые успешно сочетают с современными методиками. Под контролем квалифицированных специалистов здесь не только улучшили свое состояние, но и полностью избавились от болезней огромное множество благодарных клиентов. Благодаря радушному приему, увлекательному досугу и теплой дружественной атмосфере сотни гостей из года в год возвращаются в уже полюбившийся им курорт.

Любители истории и военной тематики могут посетить увлекательную экспозицию Ушачского музея народной славы имени В. Е. Лобанка и Мемориальный комплекс Прорыв, посвященный мужеству и храбрости партизан Полоцко-Лепельской зоны. Это одно из самых значительных творений монументального искусства БССР.

- Курорт Новоельня – курорт республиканского значения с уникальными природными лечебными факторами, которые уже несколько десятилетий привлекают сюда жителей Беларуси, ближнего и дальнего зарубежья в поисках эффективного лечения.

Свою известность и востребованность курорт Новоельня получил благодаря уникальному и единственному в Беларуси используемому месторождению радоновых минеральных вод, а также лечебным сапропелевым грязям озера Дикое, которые поставляются во многие санаторно-курортные организации Беларуси для успешного лечения целого ряда заболеваний преимущественно костно-мышечной системы.

Курортная зона Новоельня, расположенная в живописном бассейне реки Молчадь в Дятловском районе Гродненской области, изначально получила статус климатического курорта благодаря имеющимся здесь обширным сосновым лесам. Именно такие сосновые боры оказывают фитотерапевтическое воздействие на дыхательную систему человека, ведь рассеиваемые ими фитонциды способны обеззараживать воздух и способствовать скорейшему выздоровлению и повышению иммунитета. С момента открытия природных источников минеральной радоновой воды, а также целебных сапропелевых грязей специализация курорта сместилась в сторону лечения заболеваний костно-мышечного аппарата и мочеполовой системы. Добываемая с глубины около 300 метров минеральная вода с содержанием радона 20-60 нКи/л по своим лечебным свойствам не уступает источникам знаменитых курортов – Мацеста, Цхалтубо, Хмельник. Радоновая вода из природных источников - то, ради чего на курорт ежегодно приезжает порядка 10 000 отдыхающих. Здесь минеральная вода применяется для водных процедур, орошений и даже питьевого лечения. Содержащийся в воде радон оказывает выраженное обезболивающее и противовоспалительное действие, способствует нормализации обмена веществ, артериального давления и работу сердца. Для оказания санаторно-курортных и оздоровительных услуг на территории курорта действует два санатория для взрослых и семейного отдыха, а также детская здравница, которые активно и успешно используют имеющийся природный лечебный потенциал.

Курорт Новоельня предлагаем гостям качественное эффективное лечение, здоровое питание, разнообразный досуг и спокойный отдых на берегу реки Паниква. Именно здесь, вдали от городской суеты, отдыхающие попадают в атмосферу полноценного отдыха, где настоящие профессионалы позаботятся об их здоровье и психо-эмоциональном состоянии. Только последние и самые эффективные новинки медицины, обширная и разносторонняя диагностическая база, позволяющая пройти комплексное исследование организма, редкие и уникальные процедуры – все это санатории курорта Новоельня. Здесь гости могут насладиться большими плавательными бассейнами с комплексом саун и погрузиться в чарующий мир СПА.

Близкое расположение здравниц позволяет гостям курорта пользоваться медицинское базой и инфраструктурой санатория-соседа. Это значительно упрощает процедуру выбора здравницы, ведь теперь планируя свой отдых

гости могут исходить только из своего бюджета. Санаторий Радон – бренд Беларуси, одна из самых известных и востребованных здравниц страны. Санаторий Альфа-Радон – здравница повышенной комфортности для требовательных гостей, ориентированная на отдых класса люкс. Ознакомиться со всеми предложениями санаториев на курорте Новоеल्या можно в разделе Поиск путёвок. Общая информация о природных лечебных факторах, специализации курортов и санаторно-курортных организациях, расположенных на их территории, представлена в разделе Курорты Беларуси.

Курорт Новоеल्या – прекрасный выбор для любителя активного отдыха! Расположение курорта недалеко от крупных исторических центров позволяет его гостям глубоко окунуться в историю, культуру и религию Беларуси и посетить знаковые места страны – столицу Великого княжества Литовское город Новогрудок с руинами замка, Лидский замок, Слоним, а также центр белорусского православия Жировичский Свято-Успенский мужской монастырь.

- Курорт Рогачев – бальнеогрязевой и климатический курорт Республики Беларусь, который расположен в 9 км от Рогачева. Курорт находится на берегу Днепра, в окружении заливных лугов и смешанного леса из сосны, березы, ели. Свежий воздух белорусских лесов, чистая речная вода и высококачественная медицинская база создают тут великолепные условия для оздоровления и отдыха. Курорт специализируется на лечении болезней мочеполовой системы, болезней женских половых органов, органов дыхания, нервной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

На территории курорта выведены на поверхность 4 скважины минеральной воды. Минеральная вода курорта обогащена полезными веществами и по химическом составу является хлоридно-натриевой и хлоридно-сульфатно-натриево-магниевой. Благодаря наличию в ней ионов железа минеральная вода способствует увеличению гемоглобина и стимуляции выработки витамина D в организме. Вода из скважин 1-2 используется в виде лечебных ванн и бассейнов с минеральной водой при гинекологических заболеваниях, нарушениях функций опорно-двигательного аппарата, при болезнях периферической нервной системы. Вода из скважин 3-4 используется для питья при заболеваниях системы пищеварения.

Для грязелечебных процедур на курорте используются сапропелевые грязи из пресного озера Святое, которое находится в 5 км от курорта. В составе сапропеля озера Святое содержатся элементы и вещества схожие с антибиотиками, витаминами и гормонами. Благодаря своим свойствам сапропелевые грязи озера Святое лучше переносятся больными и их активно используют при проведении грязелечебных процедур у лиц пожилого возраста. Грязелечебные процедуры проводятся при проблемах с суставами, заболеваниях позвоночника, болезнях периферической нервной системы, проблемах с органами дыхания.

Для удобства отдыхающих создана развитая инфраструктура, которая не позволит заскучать в перерыве между процедурами. Гости могут посетить

бассейн, сауну, или даже потанцевать на дискотеках, которые проводятся на танцевальных площадках курорта. Для любителей активного отдыха на территории курорта имеются площадки для волейбола, мини-футбола, стритбола, большого и настольного тенниса. Дети могут весело скоротать время в детской комнате с воспитателем или на детской площадке с каруселями, качелями и горками. Для отдыхающих курорта также организуются обзорные экскурсии по Гомелю и Могилеву.

Красота приднепровских пейзажей, вода из минеральных источников, развитая инфраструктура и профессиональное лечение сделают Ваш отдых на курорте Рогачев незабываемым.

На территории курорта Рогачев расположена крупнейшая в Республике Беларусь санаторно-курортная и оздоровительная организация для взрослых и детей.

Зарубежные курорты.

Виды горноклиматических курортов:

- высокогорные и среднегорные (выше 1000-2000 м) над уровнем моря – Теберда, Абастумани (Грузия), др.

- низкогорные (400-1000 м) – Кисловодск, Красная поляна, Нальчик и др.

Приморские курорты – южный берег Крыма, Черноморское побережье Кавказа, Прибалтика.

Степные курорты – Шафраново, Боровое (Россия) – с кумысолечением.

5. Климатолечение и климатопрофилактика.

Климатотерапия – это метод восстановительного лечения, который проводится:

- с использованием специфических свойств различных типов климата;
- со строгой дозировкой процедур;
- с учетом сезонных и погодных условий.

В лечебных целях используют различные типы климата (лесной, степной, горный, морской, пустыни).

На климатических курортах главными методами лечения являются:

- дозированные воздушно-солнечные процедуры;
- морские ванны и купания;
- АФК и массаж;
- физиотерапия;
- диетотерапия;
- терренкур.

6. Климатические процедуры: аэротерапия, гелиотерапия, талассотерапия.

Выделяют 3 основных вида климатических процедур:

А) Аэротерапия.

Воздухолечение – его суть заключается в том, что больной, одетый в соответствии с сезоном и погодными условиями, находится определенное

время на свежем воздухе. Непосредственному воздействию воздушной среды подвергаются лишь открытые части тела.

Воздухотечение бывает 2-х видов:

- воздухотечение в покое (больные сидят или лежат на свежем воздухе);
- воздухотечение в сочетании с движением больного (прогулки, терренкур, экскурсии).

Воздушные ванны – проводятся:

- летом - в тени деревьев, под тентом;
- зимой – в хорошо проветренном помещении.

Различают несколько видов воздушных ванн:

1. Холодные.
2. Прохладные.
3. Комфортные.
4. Теплые.
5. Жаркие.

Наиболее часто используют комфортные воздушные ванны при $t = 20-22\text{ }^{\circ}\text{C}$ от 10 минут до 1 часа.

Воздушные ванны дозируют по холодовой нагрузке, которая определяется разностью между теплоотдачей обнаженного тела и теплопродукцией, отнесенной к единице поверхности тела. Выражают её в килокалориях на 1 кв. метр и определяют по специальным таблицам, учитывающим помимо температуры – скорость ветра и влажность воздуха.

На юге воздушные ванны проводят – с 8.00 до 11.00, в средней полосе – с 10.00 до 12.00.

Б) Гелиотерапия (солнечные ванны) – проводится после предварительного проведения 3-5 воздушных ванн.

Солнечные ванны дозируются по величине напряжения солнечной радиации в биодозах, с учетом интенсивности УФ-радиации и теплового действия. Продолжительность солнечных ванн от нескольких минут до 30-40 минут и зависит от возраста, пола и характера заболевания.

В) Талассотерапия – это лечение морем – применение включает: морское купание и плавание; воздействия на организм интенсивной прямой и отраженной от воды солнечной радиации, морского воздуха и гидроаэроионов морской воды.

Дозирование проводится по величине холодовой нагрузки. Длительность пребывания в воде от 2-3 минут с постепенным увеличением до 10-15 минут.

7. Использование минеральных вод в санаторно-курортной практике.

Чаще всего наружное применение минеральных вод используют в виде минеральных ванн.

Ванны (медицинские) – лечебные или гигиенические процедуры, при которых тело целиком или частично погружается в воду или какую-либо другую среду.

В зависимости от того, в какую среду погружается тело, различают ванны:

- водяные;

- грязевые;
- песочные;
- воздушные и др.

Ванны могут быть:

1. Прохладные – их используют как средство, тонизирующее нервную и сердечно-сосудистую системы, стимулирующее обмен веществ в организме.

2. Теплые – для лечения хронических воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата (суставов, мышц, связок), периферической нервной системы.

3. Ванны индифферентной температуры – при заболеваниях сердечно-сосудистой систем, при различного рода неврозах.

4. Горячие – используют для повышения обмена веществ, при некоторых заболеваниях почек.

Могут использоваться сочетание ванны с другими методами санаторного лечения:

- гидроксер (в ванне создаются вихревые потоки, которые осуществляют микромассаж, снимая мышечное напряжение, оказывая общее расслабляющее воздействие. Время проведения – 20 минут.);

- гидробайк (подводный велосипед);

- гидроджим (Hydrogym — гидромассажная ванна со встроенным гидробайком, ванна оснащена 10-ю гидроаэромассажными форсунками и хромотерапией (4 лампы), сочетание тренировки на водном велосипеде с гидромассажем, озонотерапией и хромотерапией позволяют получить быстрый и видимый результат в снижении веса, лечении целлюлита и наращивании мышечной массы. Занятия на данном оборудовании улучшают кровообращение и имеют выраженный дренажный эффект. Сочетание занятием спортом и гидромассажа идеально для борьбы с целлюлитом и достижения идеальных форм).

- подводный массаж;

- подводное вытяжение;

- подводный душ-массаж.

Курорты с разными видами минеральных вод:

1. Курорты с углекислыми водами: Кисловодск (нардан), Арзни (Армения), Дарасун (Чита).

2. Курорты с сероводородными водами: Сочи (Мацеста), Талги (Дагестан), Самарская обл.

3. Курорты с радоновыми водами: Цхалтубо (Грузия), Пятигорск, Хмельник, Белокуриха (Алтай), сан. Радон (РБ).

4. Курорты с бромными и йодо-бромными водами: на севере РБ, сан. Лётцы.

5. Курорты с сульфидными водами хлористо-натриевого состава с содержанием сероводорода (200-390 г/л) открыты во многих районах РБ.

Курорты с питьевыми минеральными водами:

- соляно-щелочные (Ессентуки, Железноводск, Украина, Беларусь, Литва, Чехия и др.).

- щелочные – (Боржоми).
- горькими – (Пятигорск –Баталинский родник).

Физиологическая роль различных минеральных вод:

1. Гидрокарбонатные воды – стимулируют желудочную секрецию, а при переходе в 12-типтерстную кишку тормозят её.

2. Сульфатные ионы, раздражая рецепторы желудка, заметно снижают желудочную секрецию. Ускоряют эвакуацию пищи из желудка в кишечник.

3. Ионы кальция – стимулируют рост костей и зубов.

4. Ионы магния – стимулируют образование веществ, регулирующих транспорт ионов в тканях.

5. Железистые воды – восстанавливают дефицит железа в гемоглобине и стимулируют образование НВ.

6. Гидрокарбонатно-сульфатные лечебно-столовые воды:

- с незначительным содержанием;

или отсутствием углекислого газа и растворенных органических веществ применяют при гастритах, язвенной болезни, болезнях верхних дыхательных путей.

8. Бальнеотерапия.

Бальнеотерапия – это совокупность методов лечения, профилактики и реабилитации больных, основанных на использовании

- естественных (природных);
- или искусственно приготовленных минеральных вод.

Основу бальнеотерапии составляет применение минеральных вод:

1. Наружное – ванны, купания в бассейне, вытяжения позвоночника в воде и другие.

2. Внутреннее – питье, промывание желудка, клизмы, орошения, ингаляции и другие.

Минеральные воды разнообразны по химическому составу и физическим свойствам.

Физиологическое действие минеральных вод определяется:

1. Комплексным влиянием физических, температурных, механических раздражителей на рецепторы кожи.

2. Влиянием химических веществ, проникающих в организм во время ванн или внутреннего приема минеральных вод.

3. Влиянием образующихся в коже биологически активных веществ (гистамин, ацетилхолин, другие), которые поступают в кровь и обуславливают рефлекторные и гуморальные сдвиги.

Под влиянием этих действий минеральных вод происходят изменения в организме больного.

Изменяется:

- 1) Состояние нервной системы.
- 2) Деятельность сердечно-сосудистой системы.
- 3) Функционирование дыхательной системы.
- 4) Работа желудочно-кишечного тракта.

5) Процессы микроциркуляции.

6) Обмен веществ.

Выраженность этих физиологических адаптационных реакций зависит от:

- дозировки;
- свойств минеральной воды;
- реактивных возможностей пациента;
- общего состояния больного;
- характера заболевания;
- возраста.

Все это необходимо учитывать при выборе метода бальнеотерапии.

Лечебные минеральные воды характеризуются:

1) Либо повышенным содержанием минеральных или органических компонентов и газов.

2) Либо какими-то особыми физическими свойствами (радиоактивность, показатель pH и др.).

Эти показатели оказывают влияние на организм и отличают действие минеральной воды от действия пресной воды. Все минеральные воды делятся на 7 групп:

1. Без специфических компонентов и свойств (хлоридные натриевые).
2. Углекислые.
3. Сероводородные.
4. Железистые, мышьяковистые и с высоким содержанием марганца, меди, цинка, алюминия.
5. Бромные, йодные и с высоким содержанием органических веществ.
6. Радоновые.
7. Кремнистые термы.

9. Грязелечение (Пелоидотерапия).

Грязелечение – это лечение с помощью лечебных грязей (пелоидов).

Лечебные грязи – это природные органоминеральные коллоидные образования, обладающие свойствами теплоносителей и содержащие активные терапевтические вещества (соли, газы, биостимуляторы и др.).

Терапевтическое действие грязей обусловлено комплексом раздражителей:

- температурных;
- химических;
- механических.

По сравнению с минеральными водами особенностью грязей является их более высокая теплоёмкость и меньшая теплопроводность, что позволяет применять грязевые аппликации температурой от 38 до 42 градусов. В структуре лечебной грязи выделяют 3 компонента:

1. Кристаллический «скелет».
2. Коллоидный комплекс.
3. Грязевой раствор.

Химическое действие грязей зависит от их состава. По своему происхождению лечебные грязи делят на 4 основных типа:

1. Торфяные грязи – образуются в болотистых местах в результате бактериального разложения простейших растений при обильном увлажнении и слабом доступе кислорода.

2. Сапропелевые грязи – илы пресных водоемов с высоким содержанием органических веществ и воды.

3. Иловые сульфидные грязи – илы соленых водоемов бедные органическими веществами и богатые сульфидами железа и водорастворимыми солями.

4. Сопочные грязи – измельченные полужидкие глинистые образования серого цвета, содержащие мало органических веществ и много микроэлементов, которые образуются в районах с высокой вулканической деятельностью.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 49
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.5. Адаптивная двигательная рекреация в условиях оздоровительных и туристических учреждений

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Дома отдыха, пансионаты, турбазы, тургостиницы, круизные теплоходы, кемпинги, альпийские лагеря др.
2. Специализированные учреждения реабилитации инвалидов.
3. Специализированные детские учреждения.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Дома отдыха, пансионаты, турбазы, круизные теплоходы, кемпинги, альпийские лагеря, детские оздоровительные и спортивные лагеря и др.

Турбаза – средство размещения, расположенное на туристическом маршруте с активным способом передвижения, имеющее условия для питания и организации активного отдыха в регламентированном режиме. Туристическими маршрутами с активным способом перемещения являются горные, лыжные, водные, пешеходные.

Кемпинг – средство размещения на огороженной территории, где размещение обеспечивают в коттеджах или бунгало, и (или) предоставляют места для расположения палаток, караванов (автоприцепов, домов на колесах). Территория оборудована санитарно-техническими удобствами общего пользования.

Альпийские лагеря – средство размещения, расположенное на горном туристическом маршруте с активным способом передвижения, имеющее условия для питания и организации активного отдыха в регламентированном режиме. Предполагает аренду альпинистского инвентаря.

Круиз – (англ. *cruise*), в первоначальном значении – морское путешествие. В настоящее время понятие расширилось, и туристические фирмы стали предлагать морские круизы, речные круизы и даже круизы на поездах.

В настоящее время для круизов используются и паромы. Например, у Сильи Лайн паром из Стокгольма в Хельсинки 12-этажный, с казино и ночным клубом на борту; он рассчитан на 3000 пассажиров.

Начало морского туризма условно можно отнести к середине XIX века, когда линейные пассажирские компании начали искать пути использования пассажирских судов в период межсезонья в линейных перевозках.

Пансионат – (boarding house) (от франц. pensionnat) род дома отдыха или гостиницы для отдыхающих с полным содержанием.

Дома отдыха – см. пансионат.

2. Специализированные учреждения реабилитации инвалидов.

Учреждения, культивирующие адаптивную двигательную рекреацию делятся на два вида:

А) Учреждения, где она является основной:

- физкультурно-спортивные клубы инвалидов;
- аквапарки;
- боулингклубы;
- бильярдные залы и др.

Б) Учреждения, где она является дополнительной:

- специальные (коррекционные) образовательные учреждения (интернаты);

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения обеспечивают обучающимся, воспитанникам с отклонениями в развитии обучение, воспитание, лечение, способствуют их социальной адаптации и интеграции в общество.

Специальные образовательные учреждения делятся на

А) коррекционные (компенсирующие) учреждения дошкольного образования;

Б) коррекционные образовательные учреждения;

В) коррекционные учреждения начального профессионального образования.

Также в некоторых учреждениях общего образования существуют специальные классы и группы, подчиняющиеся тем же регламентам.

Специальные (коррекционные) учреждения делятся на 8 видов.

В качестве примера прилагается материал по организации реабилитационного процесса в специальной общеобразовательной школе интернате № 13 г. Минска для детей с нарушением слуха.

На данный момент в школе 18 классов-комплектов дневного отделения и 1 класс вечернего отделения (заочная форма получения образования), где обучается 124 человека. Образовательным процессом на дому охвачено 5 человек. Занятия проводятся в одну смену. Обучение осуществляется на русском языке. На базе 1-10 классов работают группы продлённого дня, для учащихся 1-5 классов и иногородних учащихся организованы интернатные группы. Недельная нагрузка в 1-12 классах дневного отделения распределена на 5 календарных дней.

Школа обеспечивает различные формы внеклассной работы через сеть факультативов, детские общественные объединения, спортивные секции, объединения по интересам. Большое внимание уделяется информатизации учебного процесса.

Для организации образовательного процесса обучения и воспитания оборудовано 79 кабинетов, из них 1 стационарный и 1 мобильный кабинеты информатики, кабинет кулинарии, швейная мастерская, слесарная и столярная мастерские, 5 кабинетов индивидуальной работы по развитию слухового восприятия и произношения, кабинет жестового языка, 2 кабинета педагога-психолога, кабинет педагога социального. Все кабинеты и классы оснащены комплектами информационных средств обучения. Создана необходимая база для проведения внеклассной и внешкольной работы: актовый зал на 180 мест, класс ритмики и танца, спортивный зал. Имеется столовая на 64 места, библиотека, стадион и спортивная площадка. С 2013 года школа организует образовательный процесс в государственном учреждении «Республиканский реабилитационный центр для детей инвалидов», является ресурсным центром комплексной помощи детям с нарушением слуха.

Финансирование школы осуществляется за счёт бюджетных и спонсорских средств. С 2009 года школа перешла на финансовую самостоятельность.

- реабилитационные центры;

В качестве примера прилагается материал по организации реабилитационного процесса в Минском областном центре медицинской реабилитации «Загорье».

Базовые компоненты программы медреабилитации после перенесенного инфаркта миокарда:

А) Оценка клинического состояния пациента: осмотр врача-кардиолога, консультация врача-реабилитолога, врача-физиотерапевта, врача-психотерапевта.

Б) Оценка функционального состояния пациента: выполнение общеклинических лабораторных исследований (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, коагулограмма), электрокардиографическое исследование, выполнение нагрузочного теста (велозргометрическая проба), выполнение суточного мониторирования ЭКГ и артериального давления.

В) Физическая реабилитация: курс лечебной физкультуры с дозированными физическими нагрузками, занятия на велотренажерах, физиотерапия (магнитолазеротерапия, надвенное лазерное облучение крови, «Биоптрон»-терапия, электрофорез), «сухие» углекислые ванны, массаж.

Г) Психологическая реабилитация: психологическая адаптация, повышение толерантности к психоэмоциональному стрессу, преодоление или смягчение возникших психологических нарушений.

Д) Комплексное медикаментозное лечение: оптимизация коронарного кровотока, улучшение кровотока в системе микроциркуляции, улучшение внутрисердечной гемодинамики, лечение и вторичная профилактика атеросклероза, ИБС.

Программа ориентировочная, окончательная может быть составлена после осмотра пациента и изучения предоставленной медицинской документации.

- центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

В качестве примера прилагается материал по организации образовательного процесса в Минском городском центре коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (МГЦКРОиР).

В ГУО «Минский городской центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации» получают специальное образование 17 детей с особенностями психофизического развития. Организована работа 2 классов, в которых обучаются 9 учащихся, ещё 8 получают специальное образование на дому.

Классы укомплектованы согласно п.13.11 ст.268 Кодекса Республики Беларусь об образовании.

В классах обучение и воспитание организовано по образовательной программой специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью по учебному плану центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации для учащихся с тяжёлыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Обучение на дому организовано по образовательной программой специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью по индивидуальным учебным планам на основе учебного плана центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации для учащихся с тяжёлыми и (или) множественными физическими и (или) психическими нарушениями.

Учебные занятия по учебным предметам и коррекционным занятиям в классах и на дому проводятся согласно расписаниям, разработанным с учетом Санитарных норм и правил Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 197 от 12.12.2012 «Требования для отдельных учреждений образования, реализующих образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования, образовательную программу специального образования на уровне общего среднего образования для лиц с интеллектуальной недостаточностью», и утвержденным директором центра.

Перспективное и календарно-тематическое планирование составлено в соответствии с учебными программами по учебным предметам для центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

3. Специализированные детские учреждения.

Детский лагерь – средство размещения, как правило, сезонного функционирования для активного отдыха и оздоровления детей в регламентированном режиме.

Лагерь труда и отдыха – средство размещения сезонного характера, которое имеет условия для осуществления определенной деятельности (сельскохозяйственной, археологической, экологической и т.д.) в регламентированном режиме во время отдыха (детский лагерь труда и отдыха – для детей возрастом от 14 до 18 лет).

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 50
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.6. Историко-культурный потенциал и его использование в туристской деятельности инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятия: «историко-культурный потенциал», «культурное наследие».
2. Памятники археологии: курганы, селища, городища, наскальные рисунки, музейные экспозиции.
3. Исторические города.
4. Памятники культовой архитектуры различных конфессий: центры православной, католической, мусульманской, буддистской и других культур.
5. Мемориальные комплексы и сооружения.
6. Этнографические комплексы и народные промыслы.
7. Научные музеи, уникальные технические сооружения и их использование для целей познавательного и научного туризма.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Понятия: «историко-культурный потенциал», «культурное наследие».

Культурное наследие – совокупность всех материальных и духовных культурных достижений общества, его исторический опыт, сохраняющийся в арсенале общественной памяти. Культурное наследие составляют достижения различной давности, переходящие к новым поколениям в новые эпохи.

На сегодняшний день в Государственный список историко-культурных ценностей Республики Беларусь находится 4811 историко-культурных ценностей, в том числе 4694 материальных недвижимых историко-культурных ценности, которые включают 1655 объектов архитектуры, 1125 истории, 1857 археологии, 57 искусства.

В соответствии со своими свойствами материальные историко-культурные ценности, которые включены в Государственный список делятся на четыре категории:

0 – историко-культурные ценности, включённые или предложенные для включения в Список мирового наследия ЮНЕСКО;

Под “0” категорией в Государственном списке отмечено 9 объектов. Это такие объекты как дворцово-парковый ансамбль и комплекс монастыря иезуитов в г. Несвиже Минской области, Борисоглебская (Коложская) церковь

XII в. в г. Гродно, Августовский канал в Гродненской области, церковь оборонительного типа в д. Сынковичи Зельвенского района Гродненской области, Замокский комплекс “Мир” в г.п. Мир Кореличского района Гродненской области, Дуга меридиана Струве (21 пункт) на территории Брестской области, Каменецкая башня в г. Каменец Брестской области, Спасо-Преображенская церковь в г. Полоцке Витебской области, дворцово-парковый ансамбль в г. Гомеле.

1 – наиболее уникальные историко-культурные ценностью художественные, эстетические и документальные достоинства которых представляют международный интерес;

К категории “1” отнесены 42 объекта. Среди них – исторические центры г. Минска и г. Гродно, Брестская крепость, комплекс иезуитского колледжума в г. Полоцке Витебской области, ратуша и Преображенская церковь в г. Чечерске Гомельской области, Лидский замок, фрагменты Новогрудского замка и др.

2 – достопримечательные историко-культурные ценности, характеризующие наиболее отличительные черты историко-культурного наследия всей республики;

К категории “2” отнесены 562 объекта. Среди них исторические центры городов Беларуси: Бреста, Пинска, Кобрин, Полоцка, Троицкий костел в д. Ишкольд Барановичского района Брестской области, церковь-крепость в д. Мурованка Щучинского района Гродненской области, Софийский собор в Полоцке, костёл Иоанна Крестителя в д. Комаи Поставского района Витебской области и многие другие.

3 – историко-культурные ценности, характеризующие отличительные черты историко-культурного наследия отдельных регионов республики.

Самые значимые объекты охраны от Республики Беларусь включены в Список всемирного культурного и природного наследия ЮНЕСКО. Это – замокский комплекс “Мир” в г.п. Мир Гродненской области, архитектурно-культурный комплекс резиденции Радзивиллов в г. Несвиже Минской области, два трансграничных объекта – Беловежская пуца и “Дуга Струве”. Готовится совместно с Республикой Польша досье “Августовский канал – творение человека и природы”, а также собирается материал по другим знаковым объектам наследия высшей категории ценности.

На территории современной Беларуси насчитывается 27 дворцов и 11 замков. К сожалению, часть из них дошла до наших дней в руинах. Но несмотря на многочисленные войны и разрушения, сохранились и уникальные памятники истории и культуры не имеющих аналогов в других странах.

Самыми популярными и посещаемыми туристами на сегодняшний день являются Мирский, Несвижский и Новогрудский замки, за ними идут замки и дворцы в Гродно, Лиде, Крево, Гольшанах, Коссово, Ружанах и Гомеле.

Неотъемлемой частью функционирования замков и дворцов Беларуси становятся фестивали, концерты, рыцарские турниры и др.

Важной составной частью культурно-исторического потенциала Беларуси являются памятники садово-паркового искусства. 107 парков страны

находятся в относительно удовлетворительном состоянии, 68 сохранились частично и были заметно видоизменены, 132 представлены в виде фрагментов.

Уникальный потенциал традиционной материальной и духовной культуры белорусского народа является предпосылкой создания фольклорно-этнических туров. На территории Беларуси около 100 центров традиционных народных ремесел, декоративно-прикладного искусства, которое можно активно задействовать в туризме.

2. Памятники археологии: курганы, селища, городища, наскальные рисунки, музейные экспозиции.

Археологические памятники Беларуси. Основным объектом исследований археологии являются археологические памятники – древние изделия, сооружения и захоронения.

Первую группу памятников составляют древние поселения, которые обычно подразделяются на стоянки (поселения каменного и бронзового веков), а также селища (неукрепленные) и городища (укрепленные поселения железного века).

Во вторую группу входят похоронные памятники – курганные и бескурганные захоронения.

К третьей группе относятся культовые сооружения, известные под названиями святилища или капища.

Всего в Беларуси выявлено около 1300 памятников каменного и бронзового веков, 1500 городищ и селищ раннего железного века и 6000 захоронений.

Большинство найденных археологических предметов (артефактов) находится в экспозициях музеев, где они помещены в археологических отделах. Наиболее значительные археологические экспозиции имеются в Национальном музее истории и культуры (Минск), музее древнебелорусской культуры (Институт этнографии и фольклора НАН Беларуси), музее Белорусского Полесья (Пинск), музее валунов (Минск) и др.

А) Памятники каменного века. Каменный век назван по основному материалу из которого изготавливали орудия труда. Он подразделяется на палеолит (до 10 тыс. лет до н.э), мезолит (10-6 тыс. лет до н.э) и неолит (6-3 тыс. лет до н.э).

Наиболее древняя стоянка человека была обнаружена в 1928-1929 годах возле с. Юровичи Калинковичского района. Ее возраст определяется в 26,5 тыс. лет. Стоянка представлена остатками жилищного построения из валунов и костей мамонта. В ее пределах найдены многочисленные орудия труда из кремня (ножи, скребки, наконечники стрел), а также кости животных, прежде всего мамонта. Еще одна стоянка палеолита была обнаружена в 1926 году около д. Бердыж Чечерского района. Ее возраст составляет около 21 тыс. лет. Здесь были обнаружены остатки жилищ, сделанных из дерева, костей и шкур животных, а также орудия труда из кремня.

В интервале 20-15 тыс. лет назад северная часть территории Беларуси подверглась воздействию последнего (позерского) оледенения. В это время на нашей территории, видимо, не было поселений человека. На границе палеолита и мезолита (10-2 тыс. лет назад) люди вернулись на территорию Беларуси. Известно около 20 стоянок охотников этого времени. Наиболее известная стоянка этого времени выявлена около д. Боровка Быховского района. Найденные здесь многочисленные орудия труда из кремня дают основание предполагать о существовании мастерской по его обработке.

В мезолите на территории Беларуси были довольно благоприятные условия. Густые леса с многочисленным животным миром благоприятствовал быстрому росту местного населения. Обнаружено 120 мезолитических стоянок в Центральной и Восточной Беларуси. Жилые сооружения строились из дерева. Орудия труда становятся более сложные с костяной и деревянной основой, но преобладают кремневые.

Из мезолитических культур выделяется сожская, известная по 30 стоянкам. Среди них, наиболее исследованная расположена у д. Горски Чериковского района (6-5 тыс. лет до н.э). Кроме нескольких жилищ она включала мастерскую по обработке кремня.

Наиболее отличительные черты неолита - усовершенствование жилья, использование глины для керамики и обработка кремневых орудий труда со шлифовкой и сверлением. В это время существовало несколько типов жилья (деревянный и полужемлянковый), а также начал зарождаться натуральный обмен между племенами, о чем свидетельствуют украшения и изделия из балтийского янтаря.

Наиболее известными неолитическими культурами были днепродонецкая (Восточное Полесье), которая представлена 150 стоянками. На севере от этой археологической культуры находились племена нарвенской культуры. На стоянке, обнаруженной у д. Осовец Бешенковичского района обнаружены фрагменты глиняной посуды, а также скульптурки людей и животных, вырезанные из кости и дерева.

На востоке Беларуси проживали племена *верхнеднепровской* культуры, а в бассейне Немана – *неманской*. На территории последней обнаружен уникальный археологический памятник – кремнедобывающие шахты около пос. Красносельский Волковысского района.

Б) Памятники бронзового века. Бронзовый век на территории Беларуси охватывал временной отрезок от 3 тыс. лет до н.э – 800 лет до н.э. Отличительной чертой этого периода было сочетание местных орудий труда изготовленных из кремня и костей животных и привозных металлических (медных и бронзовых). В это время на территории Беларуси господствовали индоевропейские народы, которые были представлены племенами *шнуровой керамики*. На стоянке Ксендзова Гора около Быхова была найдена керамическая посуда с глиняным дном, что свидетельствовало о наличии примитивной мебели. Восточную и южную части Беларуси в раннем бронзовом веке занимали

племена *среднеднепровской культуры*. Они имели крупные поселения, расположенные на возвышенностях возле рек. Раскопки захоронений этой культуры дали многочисленный материал по орудиям труда, оружию, украшениям (для их изготовления использовалась, в основном, медь и бронза).

В позднем бронзовом веке южную и центральную части Беларуси занимали племена *тишинецкая-соснинской культуры*. Для них был характерен «гнездовой» способ расселения (рядом находилось свыше 5 поселений). Жилье стало двухкамерным и отапливалось печью-каменкой.

В) Памятники железного века. Начало железного века на территории Беларуси припадает на VIII-VII ст. до н.э. когда люди стали обрабатывать железо, что привело к общественно-экономическому перевороту в их жизни.

Отличительной чертой в строительстве поселений стало появление городищ, которые обносились рвами, валом и деревянным частоколом. В Беларуси известны городища трех типов – массовые, холмовые и болотные.

Получило развитие первобытное искусство. В орнаменте посуды стали преобладать солярные знаки как проявление культа Солнца (свастика, концентрические круги, лучеобразные линии) характерное для индоевропейских народов. С конца I ст. н.э. в городищах появляются медные, серебряные и золотые монеты Римской империи и греческих колоний Причерноморья.

В период раннего железного века на территории Беларуси существовало несколько культур. Прежде всего это *милоградская*, названная по с. Милоград Речицкого района, которая охватывала юго-восточную часть Беларуси. Культура милоградцев развивалась под воздействием скифов, что нашло отражение в технике обработки железа (мечи, топоры, серпы), металлических украшениях, а также в похоронном обряде, который предусматривал трупосожжение.

В III-II ст. до н.э. милоградская культура на юго-востоке Беларуси сменилась *зарубинецкой*. Наиболее исследованный памятник ее находится у д. Чаплин Лоевского района, где на берегу Днепра выявлено городище и многочисленные могильники. Здесь были найдены литейные формы и тигли, применяемые в металлургии. Было найдено множество привозных предметов – скифские орудия труда, греческие стеклянные изделия, посуда и др.

Центральную и северо-западную части Беларуси в это время занимали племена *штрихованной керамики*. Для них были характерны городища массового и холмового типов. Жилье имело большие размеры и подразделялось на 3-6 комнат. Характерное городище было найдено около д. Малышки Вилейского района. Высота вала достигала 5 м. Здесь были обнаружены остатки четырехкомнатных построек и значительное количество металлургических приспособлений.

Северо-восток Беларуси занимали племена днепро-двинской культуры. Их городища имели природные и искусственные укрепления. Интересным памятником этой культуры являются остатки древнего капища (или обсерватории) обнаруженной на берегу оз. Яново Полоцкого района. Сооружение представляло собой квадратную площадку (15x15 м), обложенную камнями и ориентированную на гору Городец, откуда во время летнего солнцестояния восходило Солнце.

В V- VI в. н.э. до территории Беларуси дошла волна Великого переселения народов, в результате чего здесь возникли новые этнические образования. Их отличительной чертой стала ассимиляция более высокоразвитыми славянскими племенами местного населения, которое также относилось к индоевропейцам.

Наиболее крупными племенными союзами, переселившимися на нашу территорию с запада и юго-запада, были кривичи, дреговичи и радимичи. Кривичи занимали северную половину территории Беларуси; дреговичи – южную; радимичи жили в бассейне Сожа и на левобережье Днепра.

Новые племенные объединения оставили после себя многочисленные поселения и захоронения. Ряд крупнейших городищ со временем стали первыми городами на наших землях (Полоцк, Туров, Витебск и др.). Славяне оставили также памятники монументального искусства – каменные скульптуры дохристианских богов и идолов. Большинство из них было уничтожено после принятия христианства. Среди сохранившихся большой интерес представляют: Шкловский идол X ст., высотой 120 см и весом 250 кг; Слонимский идол, а также каменные бабы – полуфигуры женщин высотой около 80 см, которые найдены у деревень Грабовцы и Залузье Жабинковского района. Каменный идол высотой около 1 м находится в экспозиции памятника природы «Парк камней» (мкр-рн Уручье, г. Минск).

Музе́й (от греч. μουσείον - дом Муз) – учреждение, занимающееся собиранием, изучением, хранением и экспонированием предметов — памятников естественной истории, материальной и духовной культуры, а также просветительской и популяризаторской деятельностью.

3. Исторические города.

Градостроительство. К началу 17 ст. на территории Беларуси было 300 городов, из них 60 % в западной части и 40 % в восточной. Однако большинство населения было сосредоточено в местечках с населением до 1,5 тыс. человек.

С конца XIV ст. в городах ВКЛ начало вводиться Магдебургское право, предусматривающее полное самоуправление. До XVI ст. им пользовались только крупные города – Берестье, Городня, Слуцк, Полоцк, Менск, но к XVII ст. его получило большое количество городов и местечек. В «магдебургских» городах основным центром становится торговая площадь, а роль замка отводится на второй план. Горожанам предписывалось строить ратушу, весовые и складские помещения.

Гостиный двор, общественную баню, корчмы и др. сооружения. Основной системой планировки в городах была веерная, образованная рядом улиц, которые расходились от торговой площади в разных направлениях. Такая планировка, в целом, была характерной до конца XVII ст. И только начиная с XVIII ст. она уступила место квартальной планировке.

Строительство домов велось преимущественно из дерева, но употреблялись также камень и кирпич. Под воздействием ренессанской градостроительной культуры в XVI – начале XVII ст. в ряде городов была проведена коренная реконструкция, при которой городская территория приобрела стройную систему регулярной квартальной планировки.

В IX – X ст. число городов было небольшим. Они возникали на севере и в центре Беларуси как центры колонизации славян: Полоцк, Витебск, Минск, Лукомль, Орша, Друцк, Логойск, Заславль, Браслав, Новогрудок, Волковыск, Шклов. На юге кроме Турова других городов не было. Количество городов резко возросло в XI–XII ст., что было связано с развитием сельскохозяйственного и ремесленного производства. Всего с 13 столетия на территории Беларуси было уже свыше 40 городов.

Города строились на возвышенностях, в местах впадения притоков в главную водную артерию.

Возвышенные части были местами формирования древнейших частей городов-дединцев. Их обносили искусственными укреплениями – рвами, земляными валами, башнями и деревянными стенами. За границей дединцев возникали поселения ремесленников – посады, которые в последствии также обносились оборонительными сооружениями. За пределами больших городов возникали неукрепленные предместья. Массовое строительство велось с дерева. Деревом выстлались улицы городов. Основу планировки городов слагали улицы (шириной 3-4 м) и торговая площадь.

С принятием христианства на землях восточных славян (XI–XII вв.) появился новый тип сооружений крестово-купольный храм, построенный с тонкого квадратного кирпича – плинфы. Одним из первых сооружений такого типа стал Полоцкий Софийский собор, построенный в 1044-1066 гг. с помощью византийских мастеров.

В начале XII ст. в Полоцке возникла самостоятельная Полоцкая школа строительства, которая порвала с традициями Киевско-Византийской архитектуры и создала свой тип храма – башнеобразной композиции (Полоцкая Спасо-Евфросиньевская церковь, Борисоглебская церковь в Бельчицах и др.). Несколько иным путем чем в Полоцке стало развиваться с середины XII ст. монументальное строительство в Витебске. Здесь использовалась система кладки с чередованием рядов плинфы и каменных блоков (Витебская Благовещенская церковь), заимствованная из Болгарии и Греции. В конце XII ст. на основании полоцких архитектурных форм развития Смоленская школа, которая оказывает воздействие на земле Новгородского, Псковского, Владимировского и Черниговского княжеств.

Вторая известная архитектурная школа сложилась в XII в. в Гродно. Она была более локальная и охватывала Гродно и Волковыск. Сохранился единственный ее памятник – Гродненская Борисоглебская церковь на Коложе. Другие четыре памятника (Нижняя и Пречистенская церкви, княжеские полаты в Гродно, церковь в Волковыске) известны по раскопкам.

В конце XII ст. монументальное каменное строительство на территории Беларуси практически прекращается. Политическое положение диктует в градостроительстве оборонные задачи.

В XIII ст. в юго-западной части территории Беларуси, которая принадлежала Волынскому княжеству, были сооружены мощные башни-донжоны (сохранилась одна такая башня в Каменце – Каменецкая башня). Такие же башни во второй половине XIII ст. были построены в Турове и Новогородке. В Полоцке существовали деревянные донжоны. Эти сооружения отражали уже новый этап монументального строительства, связанный с воздействием ранней готики (строительство с брускового кирпича, использование в декоре стрельчатых окон и нишей и др.).

4. Памятники культовой архитектуры различных конфессий: центры православной, католической, мусульманской, буддистской и других культур.

В монументальном культовом строительстве этого этапа наиболее ярко выразились архитектурно-художественные характеристики белорусской готики, ренессанса и барокко.

В стиле белорусской готики были построены церкви оборонного типа конца XV – начала XVI ст. – Супрасльская, Сынковичская и Мурованковская церкви-крепости. Это были прямоугольные сооружения на углах которых располагались башни с бойницами. Верхи стен опоясывались навесными бойницами – машикулями.

Кроме 4-башенных церквей – крепостей к белорусской готике принадлежат несколько без башенных культовых сооружений конца XV – XVI ст. – Вселюбский Костел, Ишколдский Троицкий костел, Новогрудская Борисоглебская церковь.

С середины XVI ст. с расширением реформационного движения началось строительство протестантских храмов в стиле ренессанс. Вместо готических форм (нервюрные своды, стрельчатые проемы, контрфорсы) стали появляются цилиндрические своды, исчезали контрфорсы и т.д. Типичными ренессансными храмами были кальвинистские соборы в Асташине, Койданове и др. Черты ренессанса приобретали и католические храмы второй половины XVI ст. Последующая за реформацией контрреформация (наступление католицизма) внедрила в жизнь свою идеологическую программу в виде архитектурно-художественного стиля барокко. Первым сооружением в стиле барокко на территории Речи Посполитой стал Несвижский костел Бюжьего тела,

построенный в 1587-93 гг. по проекту итальянского зодчего Джованни Бернадони.

Однако на рубеже XVI – XVII ст. культовые построения имели, в основном, разностилевый характер – в готико-ренессансные структуры вкраплены элементы барокко. Заключение в 1596 г. церковной Берестейской унии привело в храмовом строительстве к синтезу барокко с архитектурными приемами предыдущего времени. В результате на протяжении XVII – XVIII ст. сформировалась оригинальная архитектурно-художественная система – белорусского барокко. Раннему этапу его становления относятся костелы в Дятлове (1624), бригиток в Гродно (1651) в Вишнево (1641) и др.

Архитектурно-художественная система позднего барокко в монументальном строительстве ВКЛ получила в искусствоведении названия, «виленского барокко». Его черты наиболее ярко выявились в культовых сооружениях униатов: Полоцкий Софийский собор (построен заново в 1738-60), церкви и монастыри в Борунах, Вольно, Толочине, Богоявленская и Крестовоздвиженская церковь в Жировичах, Воскресенская церковь в Витебске и др. храмы, построенные во второй половине XVIII в.

Российский этап (конец XVIII ст. – 1917 г.). В связи с трехкратным поделом Речи Посполитой в 1772, 1793 и 1795 гг. вся территория ВКЛ оказалась в составе Российской империи. Это привело к резкой смене архитектурных стилей. Прежде всего, в монументальном строительстве государственных учреждений начал доминировать классицизм.

В северо-восточной части Беларуси, которая попала в состав Российской империи в 1772 г. (Могилевская и Полоцкие губернии) началась перепланировка городов. В центре города обычно размещали квадратную в плане главную площадь, где строили учреждения и гостиный двор, по углам церкви. Город разбивался на прямоугольные или в квадратные кварталы.

Первые построения в стиле классицизма появились в крупных городах (государственные учреждения) и в имениях русских дворян, которые получили земли от царского правительства, главным образом, в восточной части Беларуси. Наиболее значительными зданиями были почтовый дом в Полоцке (1774), учебный корпус Могилевской семинарии, главный корпус Гомельского дворцово-паркового ансамбля, Кричевский дворец и др. Проекты этих построений создавались в Петербурге.

В 1800-1830 гг. классицизм на территории Беларуси достиг наивысшего развития и вступил в период ...т.н. высокого классицизма. Развитие архитектуры характеризовалось значительным ростом городского и усадебного строительства. Продолжалась работа по перепланировке городов соответственно принципам русского классицизма. Зачастую регулярные планы проектировались без учета рельефа и местных традиций. Некоторые города переносились на новые

места (Климовичи). Обычно центральные части городов застраивались каменными зданиями, а периферические – деревянными. Однако крупных ансамблей классицизма, несмотря на широкие масштабы строительства Беларуси почти не было создано. Исключение составляет застройка Гомеля по плану архитектора Кларка (1800), а также Брестская и Бобруйская крепости.

Больше всего в это время было создано дворцово-усадебных комплексов. Причем в центральной и западных частях территории Беларуси наиболее ощутимое воздействие было варшавского и виленской архитектурных школ, а в восточной – российской.

С конца XVIII ст. строительство католических и униатских храмов резко сократилось, а православных, наоборот, увеличилось, что объяснялось русификаторской политикой правительства. После ликвидации униатства в 1839 г., большинство храмов этой конфессии было передано Русской православной церкви. Значительным памятником классицизма в области культового строительства этого времени является Гомельский Петропавловский собор.

С начала XIX ст. строились храмы-ротонды, преимущественно православные церкви (Чечерская Спасо – Преображегская, Стрешинская Покровская, Славгородская Рождества Богородицы и др.). Среди немногочисленных католических храмов-ротонд – Лидский Иосифовский костел пиаров, Щучинский костел Терезы и др. В 1830-ые годы в белорусской архитектуре наблюдается отход от классической школы и распад стилевого единства в строительстве. В центральных и западных районах Беларуси начинает проявляться новый стиль – неоготика, который достиг расцвета в середине XIX ст. Наиболее полно он проявился в дворцово-усадебных и частично культовых построениях и был связан воздействием варшавской архитектурной школы (Идзковский, Маркони, Ящалд и др). – Косовский и Масальянский дворцы, Рожанский Петропавловский костел и др. В 1930-ых годах произошло определенное противостояние двух стилей: в дворцово-усадебных комплексах магнатов в центральных и западных районах Беларуси развивалась неоготика, а в государственном строительстве – классицизм российских архитекторов.

Третий этап в истории градостроительства и архитектуры на территории Беларуси характеризовался в экономическом плане бурным ростом католицизма, что выразилось в развитии городов и прокладывании путей сообщений.

За 50 лет, начиная с 1862 г. на территории Беларуси было проложено свыше 3,5 тыс. км. Железнодорожных путей. Интенсивное строительство железных дорог и развитие промышленности привело к существенной перепланировке крупных городов.

Для городов стали характерными приемы регулярной застройки – прямоугольная система кварталов, создание новых улиц, площадей, парков. В результате перестройки центральных частей городов, композиционной доминантой является главная площадь, а магистральная

улица, соединяющая железнодорожный вокзал с историческим центром. На этой транспортной артерии концентрировались государственные, торгово-финансовые, коммерческие и культурные учреждения (Витебск, Гомель, Гродно, Минск, Могилев). Центральные кварталы городов перестраивались, шла капитальная реконструкция зданий, которым зачастую надстраивали дополнительные этажи. Эти районы имели водопровод (Минск, 1874; Гродно, 1876; Могилев, 1897), канализацию, электрическое освещение и телефон. Здесь создавались скверы, парки, городские сады. В городах формировались новые площади – привокзальная, театральная, административная. В конце 1980-ых годов появились привокзальные площади в Минске, Витебске, Гомеле, Гродно, Полоцке.

Промышленные зоны городов размещались либо на окраинах, либо вдоль транспортных путей. Строительство промышленных объектов велось хаотически. Производственные отходы отравляли прилегающие районы. Территориально города росли за счет предместий и промышленных зон.

В архитектуре Беларуси этого подэтапа имело место ретроспективное (эkleктическое) направление, развитие которого можно разделить на три стадии: 1) до конца 1860 – переход от наследия классицизма к неоготике; 2) до 1890 – широкое использование метода историзма, основой которого была ориентация на архитектурные стили прошлого Беларуси; 3) 1890-1917 – возникновение на ретроспективном фоне новых архитектурных направлений: модерна и неоклассицизма. Ретроспективное направление произвольно соединяло в строениях формы готики, ренессанса и барокко, создавая архитектурный стиль, который сложно определить. Учебные учреждения и банки обычно оформлялись под ренессанс (Гомельская мужская гимназия), театры – под барокко (Минский театр), костелы – под готику.

С конца 1860-ых годов в городах Беларуси стал распространяться псевдорусский стиль. Вначале он был монополией православного культового строительства (после подавления национально-освободительного восстания 1863-64 гг. в Беларуси с целью русификации возводилось много православных храмов), но постепенно он нашел последователей и в гражданском строительстве (здания могилевской женской гимназии, могилевского реального училища и др.).

Стиль модерн в Беларуси развивался двумя путями: 1) с ориентацией на готику; 2) с романтической ориентацией на национальные традицианного средневековья распространенный главным образом на северо-восточных регионах. Одной из ярких особенностей белорусской архитектуры этого периода было использование валунов для достижения художественной выразительности здания (костелы в Липнишках, Браславе; церкви в д. Красное Молодечненского района, Тудорово Кореличского района и др.).

Из многочисленных направлений модерна наиболее распространенным в Беларуси начиная с 1890 г. Был неоклассицизм. В этом стиле работали минские архитекторы Г.Гай и С.Гайдукевич (ряд домов на современных улицах К.Маркса и Советской). В этом же стиле произведена застройка современной улицы Ленина в Пинске, ул. Советской и Тельмана в Гродно и др.

Воздействие модерна проявилось также в неороманском и неоготическом стилях. В неороманском стиле построен Минский костел св. Симеона и Елены (красный костел). Абсолютное большинство костелов, возведенных в 1890-1917 годы исполнено в неоготике (Вилейский крестовоздвиженский, Ивенецкий Алексеевский, Миорский Успенский, Раковский и др.).

5. Мемориальные комплексы и сооружения.

Особую типологическую группу образуют и мемориальные музеи, создающиеся с целью увековечить память выдающихся людей и событий. Что касается профиля мемориального музея, то он определяется содержанием события или характером деятельности человека, которому посвящен.

6. Этнографические комплексы и народные промыслы.

Этнография – это историческая наука, изучающая народы, их культуру и быт. Народами называют большие группы людей, обладающих общими особенностями языка, культуры, быта, осознающих свое культурно-бытовое единство и проживающих совместно на одной территории или отдельными группами среди других народов. Каждый народ создает свою культуру (материальную и духовную). К первой относят орудия труда, хозяйственные постройки, жилища, одежду, предметы домашнего обихода. Духовная культура включает народное творчество, религиозные верования и др., т.е. всевозможные порождения умственной деятельности людей.

На территории Беларуси человек впервые появился в конце среднего древнекаменного века, свыше 40 тыс. лет тому назад. Заселены были только некоторые местности на юге (у д. Бердыж на р. Сож, д. Велятичи на р. Ясельда). Здесь найдены обработанные рубила из кремния и др.

В эпоху верхнего древнекаменного века (40–10 тыс. лет т.н.) появились более совершенные орудия труда – каменные ножи, каменные наконечники копий и др. Наличие этих орудий свидетельствуют о развитии охоты – основного занятия верхнепалеолетических обитателей Беларуси. Объектами охоты были шерстистый носорог, северный олень, пещерный медведь и др., а также мамонт. Кости мамонта служили материалом для сооружения жилищ и топливом. Из шкур изговляли одежду, жилища, а мясо употребляли в пищу. Ископаемые останки мамонта встречаются повсеместно на юге Беларуси.

В среднекаменный век (9–5 тыс. лет до н.э.) большая часть территории Беларуси была освоена человеком. Стоянки среднего каменного века

обнаружили не только на юге Полесья, но и в Понемонье, Подвинье, Поднепровье. В эпоху мезолита, после исчезновения крупных животных, человек начал охотиться на дикого кабана, благородного оленя и на птицу. Люди занимались рыболовством и собирательством.

В эпоху нового каменного века (4–3 тыс. лет до н.э.) получает развитие керамика. Посуда украшалась различными орнаментами. В Полесье орнамент состоял из горизонтальных полос, гребенчатых отпечатков и наколов. В это время на территории Беларуси возникают первые историко-культурные регионы (в основу ложились отличия керамических изделий).

В бронзовом веке (III тыс. до н.э. – VII–VIII века до н.э.) широко по территории Беларуси расселились индоевропейцы. В это время появляются изделия из бронзы (бронзовые топоры), которые изготавливались из привозного сырья. Основные орудия по-прежнему изготавливались из камня. В это время получили распространение топоры, тесла и долота. Было налажено производство кремневых серпов.

Индоевропейское население было неоднородным. По особенностям языка и чертам культуры оно подразделялось на балтское и славянское. Северные, центральные и юго-восточные районы заселяла балтская группа, на юго-западе – славянская. Для балтского населения было характерно наземное жилище, для славянского – полуземляночное.

В раннем железном веке (примерно VII–VI вв. до н.э. – IV–V вв. н.э.) вся территория Беларуси, за исключением юго-запада, была заселена балтским населением. В это время появляются орудия из железа, которые добывали из болотной руды. Изделия из железа (топоры, мотыги, серпы) способствовали освоению земель для развития сельскохозяйственной деятельности.

С VI–VII веков н.э. началось массовое расселение на территории Беларуси славян. Славянское население проживало, в основном, в открытых неукрепленных поселениях (селешах). Типичным жилищем была полуземлянка прямоугольной формы.

7. Научные музеи, уникальные технические сооружения и их использование для целей познавательного и научного туризма.

Научно-исследовательские музеи функционируют при научно-исследовательских институтах и академиях наук, в состав которых они обычно входят в качестве структурных подразделений. Их фонды используются в научных целях, а экспозиции ориентированы, прежде всего, на специалистов.

К самому распространенному типу относятся научно-просветительные музеи. Они тоже занимаются исследовательской работой, но поскольку ориентированы, прежде всего, на массового посетителя, их фонды широко используются в культурно-образовательных целях. В их деятельности большое внимание уделяется

созданию экспозиций, выставок и различных культурно-образовательных мероприятий.

Главное назначение учебных музеев – обеспечить наглядность и предметность процессу образования и подготовки кадров. Этот тип музеев существует, в основном, при различных учебных заведениях и специальных ведомствах. Кроме традиционного экскурсионного показа учебные музеи широко используют специфические формы и методы работы с коллекциями; демонстрация отдельных музейных предметов на лекциях, научное описание и обработка материалов полевых исследований во время практических занятий, копирование произведений изобразительного искусства. В отдельных случаях фонды и экспозиции учебных музеев могут быть недоступны для массового посетителя. Таковы, например, некоторые музеи криминалистики системы Министерства внутренних дел.

Типология по признаку общественного назначения музеев носит достаточно условный характер, и жесткой грани между названными типами не существует. Научно-просветительные музеи используются и учебном процессе, а их собрания – в научных целях. Многие научные и учебные музеи посещают не только учащиеся и специалисты, но и широкая публика.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.
4. Мосунов, Д.Ф. Преодоление критических ситуаций при обучении плаванию ребёнка-инвалида: учебно-методич. пособие / Д.Ф. Мосунов, В.Г. Сазыкин. – М.: Советский спорт, 2002. – 152 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 51
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.7. Общая характеристика основных составляющих туристской инфраструктуры

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «туристская инфраструктура».
2. Транспортная обеспеченность.
3. Предприятия питания.
4. Гостиничная сеть.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Понятие «туристская инфраструктура».

Туристская инфраструктура – структура, созданная человеком для удовлетворения его потребности в комфортном путешествии, необходимом питании и проживании. Она включает в себя: транспортную обеспеченность, предприятия питания, гостиничную сеть.

2. Транспортная обеспеченность.

Воздушный транспорт в туристских перевозках

Согласно статистике темпы роста популярности авиатранспорта выше, чем автотранспорта, что обусловливается все большим расширением географии путешествий и существующей устойчивой тенденцией к сокращению сроков путешествия в пользу их частоты (рост краткосрочных туров на дальние расстояния). Все это вызывает пристальное внимание туристского бизнеса к авиационным перевозкам. Самолеты - самый популярный вид транспорта в мире. Это же можно сказать и об авиаперевозках в туризме. И этому есть ряд причин:

- во-первых, авиация - самый быстрый и удобный вид транспорта при поездках на дальние расстояния;
- во-вторых, сервис на авиарейсах в настоящее время имеет привлекательный для туристов вид;
- в-третьих, авиационные компании напрямую и через международные сети бронирования и резервирования выплачивают туристским агентствам комиссионные за каждое забронированное в самолете место, мотивируя их тем самым выбирать авиаперевозки

Крупнейшими авиакомпаниями мира по количеству перевозок считаются американские «Delta Air lines», «Pan Amerikan», «United», французская «Air

France», немецкая «Lufthansa», британская «British Airways» и др. Крупной авиакомпанией считается российский «Аэрофлот».

Автотранспорт в туризме.

Автоуслуги, используемые в туристском обслуживании, включают три основных направления:

- 1) организация автобусных путешествий;
- 2) организация путешествий на личном транспорте туристов;
- 3) прокат автомобилей

Автобусные путешествия.

Европейская конференция министров транспорта (1984 г.) выделяет три вида автобусного туризма:

- 1) поездки на рейсовых автобусах;
- 2) поездки на челночных автобусах;
- 3) специальные (чартерные) рейсы.

В отдельную группу выделяются внутренний туризм и поездки в течение дня с различными целями (экскурсии в течение дня, челночное обслуживание аэропортов и т. д.).

Будучи экономическим видом туризма, доступным широким слоям населения, автобусный туризм постоянно развивается. До сих пор наблюдается тенденция к росту его объемов. Приоритет отдается автобусным турам выходного дня - довольно популярны 2-3-дневные поездки по городам Европы в экскурсионно-познавательных целях. На втором месте по популярности - маршрутные туры продолжительностью 1-2 недели по городам Европы также с экскурсионно-познавательными целями.

Сезонность при организации автобусных туров не играет такой большой роли, как в других поездках. Фактически автобусные туры осуществляются в течение всего года. Некоторый спад спроса наблюдается в январе-феврале. В течение этих двух месяцев обычно на одном маршруте «занят» один автобус.

Прокат автомобилей.

Прокат (или аренда) автомобилей - весьма распространенная и востребованная услуга среди туристов, особенно на стационарных и курортных турах. В любом туристском или курортном центре работает множество автопрокатных контор - от крупных до самых маленьких. Ведущей фирмой по прокату автомашин в мире является фирма «HERTZ». Конкурирующая с ней «AVIS» в середине 90-х гг. была названа английским журналом «Institutional Investor» лучшей в мире фирмой, сдающей автомобили на прокат.

Процедура аренды автомобиля проста. От туриста требуется, чтобы его возраст был не менее 21 года и не превышал 70 лет (в некоторых фирмах Великобритании - 25 и 75 лет соответственно). Служащему арендной компании надо предъявить паспорт и водительское удостоверение (международное). К моменту заключения договора удостоверение должно быть действительно не менее 2 лет (в Великобритании - 1 год, а для водителей моложе 25 лет требуемый стаж увеличивается на 1 год).

В некоторых странах обслуживание клиента производится только при наличии кредитной карты, в большинстве же стран оплата за услуги проводится наличными, но необходимо внести небольшой залог.

В стоимость арендной платы должно входить следующее:

- неограниченный пробег автомобиля;
- доставка клиенту автомобиля в черте города;
- ремонт или замена автомобиля в случае технической неисправности, кроме повреждения покрышек и ветрового стекла;
- полная страховка на случай ДТП, произошедшего не по вине клиента;
- страховка, покрывающая ущерб, нанесенный автомобилю в ДТП по вине клиента, сверх определенной суммы (но если на момент ДТП водитель находился в состоянии алкогольного опьянения, страховка не выплачивается);
- страховка пассажиров (кроме водителя) от несчастных случаев (себя водитель может застраховать за дополнительную плату);
- налоги.

Обычно машину доставляют с полным баком, но и вернуть в автопрокатную контору ее нужно также с полным баком.

Аренду автомобиля в месте отдыха можно заказать еще во время покупки тура в своем агентстве, включив ее в пакет услуг. Многие турагентства предлагают это своим туристам, так как заказ аренды машины в своем агентстве облегчает туристу проблемы по прочтению договора на аренду на иностранном языке, гарантирует предоставление качественных и понятных услуг договором на покупку тура в целом.

Схема заказа автомобиля через турагентство следующая. Получив соответствующий заказ от своего туриста, турагентство запрашивает факсом принимающего туроператора или напрямую автопрокатную фирму. В запросе указываются фамилия и имя туриста, срок аренды, марка автомобиля, место доставки автомобиля туристу. Автопрокатная фирма также факсом направляет в турагентство ваучер на имя клиента. После получения ваучера производится перевод денег на оплату аренды автомобиля. В месте отдыха турист, предъявив ваучер, может получить автомобиль и пользоваться им в свое удовольствие.

И самое главное, прежде чем арендовать машину, необходимо поинтересоваться условиями парковки и ценами на такси. Возможно, поездка на такси окажется более выгодной как по деньгам, так и по затраченным нервам.

Железнодорожные путешествия.

Железная дорога является удобным средством сообщения для транспортировки любых категорий туристов, начиная от туристов-индивидуалов, больших и малых туристских групп на рейсовых регулярных линиях и чартерных поездах и заканчивая организацией специальных туристско-экскурсионных поездов местного и дальнего сообщения.

Железные дороги исторически активно участвовали в развитии туристского движения.

Но все же довольно серьезную конкуренцию железнодорожным перевозкам на короткие расстояния, а также на экскурсионных маршрутах составляют автомобильные перевозки.

В настоящее время многие компании, владеющие железнодорожными линиями («Вагон-Ли», «Аккор» и др.), прикладывают большие усилия для сохранения и увеличения туристского пассажиропотока. Основными направлениями в этом плане можно назвать:

- прокладку высокоскоростных магистралей (для ускорения транспортировки);
- обслуживание в вагонах по формуле «Евро-Найт» (улучшение комфортности до гостиничного уровня);
- организацию специальных туристских поездов, в том числе и «ретро-паровозы» (специальные тематические поездки на железнодорожном транспорте).

Железнодорожное сообщение регулируется целым пакетом национальных и международных соглашений, конвенций и договоров.

В России действуют: Устав железных дорог; Правила перевозок пассажиров и багажа по железным дорогам; ведомственные нормативные акты, издаваемые в периодических сборниках; Правила перевозок и тарифов; Соглашение о международном пассажирском сообщении; Единые пассажирские тарифы; инструкции по ведению коммерческой отчетности; Правила перевозок воинских пассажиров, багажа и грузов; Правила выдачи бесплатных билетов для проезда по железным дорогам и метрополитенам; Тарифное руководство; указатели маршрутов и сообщений.

Главный орган, регулирующий железнодорожные перевозки в РФ, - это Министерство путей сообщения РФ (МПС).

В системе пассажирских перевозок поезда разделяются на рейсовые, следующие по строго установленному маршруту, в строго соблюдаемом временном промежутке и графике движения, которые, в свою очередь, подразделяются на пригородные, местные и дальние, и на внереисовые (чартерные), которые комплектуются по мере необходимости перевозок. Это относится и к туристским поездам.

Рейсовые поезда. Пригородные поезда следуют по твердому расписанию в пределах области или края. Состав обычно вмещает до 1500 пассажиров, причем сидячих мест до 1000. Поезда совершают частые остановки на местных станциях. Места в вагонах нумерованные.

Местные поезда следуют между станциями одной железной дороги (в Европе может быть в пределах одного государства). Обычно они курсируют на расстояние в пределах до 700 км и совершают перевозки внутри крупного района, региона или небольшой страны - между поселками и небольшими городами. Бывает, что различие между поездами пригородными и местными достаточно условное и существенно зависит от географических характеристик местности и страны в целом. За исключением скоростных маршрутов, поезда местного сообщения совершают частые остановки - практически на всех станциях.

Дальние поезда следуют на расстояние свыше 700 км. Разделяются на скорые круглогодичного обращения, скорые сезонные (летние), пассажирские дальние круглогодичного и сезонного обращения.

Внерейсовые (чартерные) поезда. Это специально назначаемые вне регулярного расписания заказные поезда. К специальным поездам часто относятся туристско-экскурсионные поезда, также следующие вне регулярного расписания по специально для них проложенным ниткам маршрутов и графикам движения, составленным с учетом окон в регулярном расписании и экскурсионно-туристских целей. К внерейсовым поездам также относятся так называемые вывозные поезда - организуемые вне графика в период массовых праздников, национальных и международных соревнований и игр, а также для вывоза техники и людей на уборочные, сельскохозяйственные и другие работы.

Поезда и вагоны также подразделяются на разные категории. Категории поездов: пригородный, пассажирский, скорый, скоростной.

Категории вагонов: плацкартный, сидячий, купейный, спальный, вагон-ресторан, почтовый.

При наличии устойчивого пассажиропотока назначается рейсовый маршрут в определенном направлении в среднем до 17 вагонов, при большом потоке количество вагонов на направлении может быть увеличено до 25. Однако для обслуживания таких составов необходимы длинные платформы. При недостаточности пассажиров в направлении устанавливаются один или несколько вагонов, которые на узловой станции по маршруту отцепляются от основного состава и доставляются до места назначения местным рейсом, который может состоять из нескольких вагонов.

Планирование железнодорожных перевозок - назначение регулярных маршрутов, введение дополнительных, их отмена, формирование прицепных вагонов по направлениям - сложный процесс, требующий составления прогнозов формирования пассажиропотоков в определенных направлениях. Потребности населения в путешествиях зависят от сезонности, периода отпусков, выходных дней и общенациональных праздников, начала учебного года, школьных и студенческих каникул. Рациональное использование подвижного состава и эффективное использование технических и основных средств и пропускной способности дороги в целом требуют надежного оперативного регулирования и корректировки протяженности маршрутов.

Перевозки пассажиров и товаробагажа, осуществляемые по территории не менее чем двух стран на одних и тех же условиях и по одному проездному или перевозочному документу, именуют перевозками в прямом международном пассажирском сообщении (существуют еще так называемые пересадочные и перегрузочные сообщения, когда пассажиры пересаживаются на пограничных станциях, а багаж и товаробагаж перегружаются из вагонов дороги одной страны в вагоны дороги другой страны). Туристов, как правило, перевозят в вагонах и поездах прямого международного беспересадочного сообщения.

Условия перевозки в прямом международном сообщении публикуют, и они действуют в равной мере на всех дорогах, подписавших Соглашение о прямом международном сообщении.

При организации туристских маршрутов по железной дороге следует помнить, что железнодорожная сеть нашей страны разделена на несколько дорог по территориальному принципу. Более развита Европейская часть России, менее - Восточная (Сибирь и Дальний Восток), Перевозка туристов регулярными поездами. Перевозка туристов графиковыми (регулярными) поездами производится на правах обычных пассажиров по железнодорожным билетам. За исключением пригородных поездов, билеты оформляются на специальных типовых формулярах (бланках).

Пассажир, приобретая билет или проездной документ, совершает акт безоговорочного присоединения к правилам перевозки пассажиров и их багажа, установленным на данной дороге (трамвае, метро). Ticket stock - бланк или формуляр билета, который может содержать различные графы об изменении, подтверждении билета, а также различные штампы, подтверждающие его действительность.

В билете в общем случае указываются:

- перевозчик;
- станция отправления (departure city);
- станция назначения (arrival city);
- дата начала путешествия, поездки, перевозки (DOT - Date of TTravel);
- время отправления (time departure);
- код и номер поезда;
- тип и номер вагона, место пассажира;
- сумма, уплаченная за билет;
- фамилия пассажира (для поездов дальнего следования);
- пол и номер паспорта пассажира (для международных рейсов).

Особенностью европейских железнодорожных перевозок является то, что в отличие от российских билетов они чаще всего не содержат двух привычных нам деталей: даты поездки и номера места.

Помимо разовых билетов в Европе широко распространены различные железнодорожные «проездные», дающие право неограниченного передвижения в течение некоторого времени и в пределах определенного района.

Тарифы и сборы. Железнодорожные пассажирские тарифы - установленная плата за проезд пассажиров, перевозку грузов и багажа.

Основные тарифы:

- прямая плацкарта - общий пассажирский вагон (стоимость проезда в вагоне с местами для сидения пассажирского поезда);
- доплаты за дополнительно предоставляемые услуги (за скорость, за проезд в вагонах и поездах вышеоплачиваемых категорий, за провоз багажа и грузобагажа).

Общий пассажирский тариф (прямая плацкарта) образован таким образом, что абсолютная стоимость проезда с увеличением дальности поездки растет,

однако с увеличением расстояния стоимость одного пассажиро-километра снижается. Это предоставляет пассажирам, следующим на большие расстояния, существенную льготу в стоимости проезда.

Доплата за скорость учитывает, что стоимость проезда в скором поезде выше на 10-12%, также учитывается тип вагона (плацкартный, купейный 2-, 3-, 4-местные купе, мягкий и др.). Стоимость проезда в вагонах «пульман» (СВ) и вагонах международного класса выше на 40-45 %. Тариф для проезда детей в возрасте от 5 до 10 лет установлен в размере одной четверти стоимости билета для взрослого. Однако это не распространяется на стоимость плацкарты.

Организация теплоходных путешествий.

Теплоходное путешествие (круиз) представляет собой туристскую поездку по реке или морю, как правило с заходом в порты, на борту специального пассажирского судна. В настоящее время десятки круизных компаний по всему миру эксплуатируют сотни пассажирских судов вместимостью от 70 до более 1000 пассажиров и предлагают увлекательные поездки практически в любой регион мира.

По сути дела круиз представляет собой морской тур, в базовую стоимость которого включено комплексное обслуживание на борту судна, в частности: проезд на судне; проживание в каюте (в зависимости от выбранного класса); трехразовое питание; развлечения и, как правило, целый ряд специальных мероприятий на борту судна (праздники, фестивали, конкурсы, концерты и др.).

Круизы - один из самых быстрорастущих секторов рынка. В 1998 г. более 8 млн туристов совершили путешествия на воде, а к 2004 г., по прогнозам ВТО, эта цифра достигнет 11,5 млн.

Водные круизы организуются как по морям, океанам, так и по разным рекам. В организации морских и речных круизов много общего. Однако по вместимости судов, организационным особенностям, программам обслуживания, а также по месту проведения туров среди морских и речных круизов есть ряд различий.

Морские круизы. Сегодня в мире морские круизы переживают счастливый период подъема. Растет круизный флот, совершенствуются конструкции пассажирских судов, повышается их комфортабельность, разрабатываются новые морские и океанские маршруты. Наибольшей популярностью водные путешествия пользуются в США, Великобритании и Германии. Спрос на круизные плавания отмечается во Франции, Италии, Швейцарии и в других странах.

По всему миру насчитывается несколько десятков специализированных круизных компаний, эксплуатирующих от 1-2 до 15-20 пассажирских судов. Большая часть операторов круизов объединена в профессиональную международную ассоциацию - Cruise Line International Association (CLIA). Она осуществляет координацию круизного бизнеса в международном плане.

Многие туристские агентства, особенно те, что специализируются на отдыхе и круизах, также являются членами этой Ассоциации. CLIA

объединяет около 33 турфирм, специализирующихся на продаже круизов и более 20 тыс. туристских агентств, занимающихся продажей круизных поездок. Хотя CLIA трудно сравнить по функциям и степени влияния с IATA, она все же является важным международным органом, деятельность которого направлена на пропаганду индустрии морских круизов как среди потребителей-туристов, так и среди турагентств. CLIA оказывает помощь турагентствам в подготовке специалистов, связях с общественностью и рекламе. Благодаря специальной профессиональной подготовке турагентов и умело проводимой рекламной кампании CLIA удалось превратить морские круизы в «классический» вид отдыха. 95 % всех круизов продается через туристские агентства Ассоциации, причем реализация данного туристского продукта стоит на втором месте после продажи авиабилетов.

За последние годы изменился имидж круиза как турпродукта. Теплоход превратился в плавучий отель, где царит атмосфера развлечений и праздника. Благодаря проведению интенсивных рекламных кампаний привлекательность круизов возросла среди всех слоев населения.

Широкое развитие получили комбинированные и «пакетные» авиаморские круизы с включением в стоимость путешествия всего комплекса обслуживания. При этом круизная компания организует чартерные авиарейсы как часть общего путешествия, обеспечивая туристу свой уровень обслуживания уже из аэропорта.

Продолжительность круизов. Специалисты считают, что круиз продолжительностью в одну неделю является и будет оставаться основным турпродуктом (около 40 % круизов приходится на недельные путешествия). Более кратковременные круизные туры предпочитает около 30 % клиентуры. Круизы от 10 до 14 дней привлекают чуть менее 30 %. В продолжительных круизах свыше 14 дней (так называемых кругосветках) принимают участие лишь 2-3 % клиентов.

Виды круизов. В целом для организации круизных поездок наиболее распространенной в настоящий период (до 60 % круизов) является классическая европейская система, которая предусматривает морское путешествие с заходом в различные порты с экскурсионной программой.

Однако свое место в спросе имеет и американская система, основной целью которой является предоставление возможности круизным пассажирам отдыхать и загорать на пляжах в пунктах захода по маршруту.

В последнее время практически во всех регионах завоевывают популярность «круизы в никуда» - одно- и двухсуточные поездки без захода в другие порты. Как правило, такое судно уходит из базового порта часов в 6 вечера в пятницу и возвращается в воскресенье к вечеру.

3. Предприятия питания.

Услуги питания включают услуги по изготовлению кулинарной продукции и услуги по созданию условий для ее реализации и потребления в соответствии с типом и классом предприятия и подразделяются на услуги питания: ресторана; бара; кафе; столовой; закусочной.

В соответствии с вышеперечисленными основными типами предприятий общественного питания предлагается рассмотреть услуги, ими предоставляемые.

Ресторан: изготовление, реализация и организация потребления широкого ассортимента блюд и изделий сложного изготовления всех основных групп из различных продуктов и винно-водочных изделий. Услуги оказываются квалифицированным производственным и обслуживающим персоналом в условиях повышенного уровня комфорта и материально-технического оснащения в сочетании с организацией досуга.

Бар: изготовление и реализация широкого ассортимента смешанных, крепких алкогольных, слабоалкогольных и безалкогольных напитков, закусок, десертов, мучных кондитерских и булочных изделий, покупных товаров; создание условий для их потребления у барной стойки или в зале.

Кафе: изготовление и реализация разнообразного ассортимента блюд, изделий и напитков в ограниченном по сравнению с рестораном ассортименте и с учетом специализации; создание условий для их потребления.

Столовая: изготовление кулинарной продукции разнообразной По дням недели или скомплектованных рационов питания (завтраки, обеды, ужины) для различных групп обслуживаемого контингента (рабочих, школьников, туристов и др.); создание условий для реализации и организации их потребления.

Закусочная: изготовление ограниченного ассортимента блюд несложного приготовления из определенного вида сырья; создание условий для ее реализации и потребления.

Различные типы предприятий общественного питания осуществляют также другие услуги по организации потребления продукции и обслуживания:

- организация и обслуживание: торжеств, семейных обедов и ритуальных мероприятий: участников конференций, семинаров, совещаний, культурно-массовых мероприятий в зонах отдыха и т. д.;

- услуги официанта (бармена) по обслуживанию на дому;

- доставка кулинарной продукции, кондитерских изделий и обслуживание потребителей по заказам на рабочих местах и на дому; в пути следования пассажирского транспорта (вагон-ресторан); в номерах гостиниц;

- бронирование мест в зале предприятия общественного питания;

- продажа талонов и абонементов на обслуживание скомплектованными рационами;

- организация рационального комплексного питания.

Оказываются услуги и по организации досуга клиентов предприятий общественного питания (например, проведение концертов, программ варьете в ресторанах); информационно-консультативные услуги (консультации шеф-поваров по приготовлению оригинальных и изысканных блюд, диетсестры по вопросам меню при различных видах заболеваний в диетических отделениях и столовых и т. п.).

Прочие немаловажные услуги, предоставляемые предприятиями общественного питания:

- продажа парфюмерии, принадлежностей для чистки обуви и т. п.;
- мелкий ремонт и чистка одежды;
- упаковка изделий, приобретенных на предприятиях общественного питания;
- предоставление потребителям телефонной и факсимильной связи на предприятии;
- гарантированное хранение личных вещей (верхней одежды), сумок и ценностей потребителя;
- вызов такси по заказу потребителя;
- парковка личных автомашин потребителей на организованную стоянку у предприятия.

Перечень услуг, предоставляемых предприятиями общественного питания, может быть расширен в зависимости от его типа, класса и специфики обслуживаемого контингента потребителей.

Обобщенная классификация туристских предприятий питания:

1. По типу предприятия: рестораны, бары, кафе, столовые, закусочные, фабрики-кухни.
2. По виду собственности: собственные, арендованные.
3. По месту расположения: в составе туристского гостиничного комплекса (ТГК), в составе гостиниц, в составе других средств размещения, автономные.
4. По способу обслуживания: обслуживаемые официантами, самообслуживания, смешанного обслуживания.
5. По классности: «люкс», «высший», «первый».
6. По ассортименту: блюда широкого выбора, комплексные блюда, блюда национальной кухни, экзотические блюда.
7. По режиму обслуживания: завтрак, полупансион, полный пансион, шведский стол (буфет), специальное питание, детское питание.

4. Гостиничная сеть.

По числу номеров гостиницы обычно разделяются на 4 категории:

- малые (до 100-150 номеров);
- средние (от 100 до 300-400 номеров);
- большие (от 300 до 600-1000 номеров);
- гиганты (более 1000 номеров).

Классификация отелей по размерам позволяет сравнивать результаты производственной деятельности однотипных отелей. Кроме того, размер гостиницы свидетельствует, как правило, о полноте и качестве сервиса (объеме и качестве дополнительных услуг), а также косвенно характеризует другие параметры.

Классификация гостиниц по целевым рынкам. Цель путешествия является основным фактором, определяющим тип гостиницы, ее основное функциональное назначение, требования к ее территории, объему услуг, целесообразных в условиях конкретного гостиничного комплекса, а также определяющим сезон, длительность посещения гостиницы и ее местоположение. Общим обязательным требованием для организации

гостиницы как средства размещения туристов (временно проживающих) является наличие условий для размещения, питания, необходимого минимума бытового обслуживания.

Целевой рынок - это конкретная категория людей, которую отель предполагает видеть в качестве потенциальных гостей. Некоторые гостиницы проектируются и строятся под целевые рынки, другие же стараются выйти на целевые рынки, используя маркетинговый подход в своей стратегии.

В гостиничной индустрии имеется тенденция к ориентации на более мелкие категории (сегменты) рынка и разработке соответствующего гостиничного продукта (комплекса услуг) в соответствии с их требованиями. Маркетинговая сегментация способствует существенному росту разнообразных цепочек отелей, ориентирующихся на определенную категорию туристов. При этом каждый специфический сегмент рынка обслуживается отелем одной и той же цепи, но имеющей несколько отличающуюся торговую марку. Например, отели цепочки «Marriott»: «Marriott Marguis», «Marriott Hotels», «Marriott Inns», «Courtyard by Marriott», «Fairfield Inn by Marriott», «Residence Inn by Marriott». Преимущество этого подхода заключается в том, что в определенной географической зоне может располагаться множество отелей одной цепи, но разной ориентации, привлекая тем самым разные категории гостей в подходящие для них отели. Недостаток такого подхода заключается в том, что гости отеля сталкиваются с трудностями из-за дифференциации его сервиса.

По обслуживанию целевых рынков гостиницы разделяются:

1. Гостиницы для туристов, основной целью и мотивом путешествия которых является профессиональная деятельность (бизнес, коммерция, встречи, совещания, симпозиумы, конференции, конгрессы, обмен опытом, обучение, профессиональные выставки, презентации продукции и т. п.). К категории гостиниц делового назначения относятся бизнес-отели (коммерческие отели), конгресс-отели, конгресс-центры, профессиональные клуб-отели и ведомственные отели.

2. Гостиницы для туристов, основной целью и мотивом путешествия которых являются отдых (пассивный, активный, комбинированный) и лечение (профилактическое, восстановительное):

- курортные гостиницы;
- пансионаты и дома отдыха (для стационарного пассивного отдыха);
- туристско-экскурсионные гостиницы (туркомплексы);
- туристско-спортивные гостиницы (туркомплексы);
- казино-отели (гостиницы для любителей азартных игр);
- специализированные (с системой технического обслуживания личных транспортных средств туристов, мобильные, самообслуживания).

3. Транзитные гостиницы (туркомплексы):

- на авиатрассах (гостиницы при аэропортах);
- на автотрассах (мотели);
- на железнодорожных трассах (привокзальные);
- на водных трассах (отели, расположенные вблизи портов).

4. Гостиницы для постоянного проживания.

Классификация по форме собственности. Кондоминиумы и таймшерные гостиницы.

Кондоминиумы - гостиничные комплексы, помещения и номерной фонд в которых продан индивидуальным владельцам, проживающим или сдающим в аренду эти помещения отдыхающим. Отличие таймшерных отелей заключается в том, что выкупается не номерной фонд, а долгосрочное право на отдых в отеле или в цепи отелей.

В данном классе российские гостиницы подразделяются на муниципальные, частные, ведомственные, гостиницы смешанной собственности, общественных организаций, а также гостиницы с участием иностранного капитала.

Классификация гостиниц:

а) по уровню сервиса (обслуживания), ассортименту и стоимости услуг отели бывают класса «люкс», 1-го класса, экономкласса, отели с ограниченным сервисом (ночлег и завтрак), а также дешевые отели типа студенческих общежитий;

б) по месту размещения городские (центральные, окраинные), транзитные (у магистралей), пригородные, сельские, а также отели, расположенные вблизи географических особенностей (берега рек, озера, моря, океана, в горах и т. д.);

в) по природным зонам размещения (в лесах, горах, пустынях и т. д.);

г) по времени функционирования - круглогодичные, сезонные.

Краткая характеристика основных групп гостиниц. Коммерческие отели (бизнес-отели). Первоначально отели и маленькие гостиницы появлялись в городах и деревнях, где обслуживали городских гостей. И лишь с началом эры железных дорог в США началось быстрое строительство отелей. Путешествовать по железной дороге было быстрее и легче, чем в повозке, запряженной лошадьми, или на только что появившихся автомобилях. Железнодорожные вокзалы обычно находились недалеко от центра города. Путники, выходящие из поезда, нуждались в гостинице, где бы можно было остановиться. Поэтому по мере роста путешествий рос и спрос на отели. Таким образом ускорилось строительство новых отелей.

Современные коммерческие отели обычно расположены в центре города или в его деловом районе - в зонах, удобных для целевых групп. Это самая крупная группа отелей. Она обслуживает в основном бизнесменов. Но, несмотря на это, многие туристские группы, туристы-индивидуалы, небольшие конференцгруппы находят эти отели привлекательными. Раньше коммерческие отели назывались транзитными из-за относительно недолгого проживания в них по сравнению с другими отелями. К услугам гостей в этих отелях - газеты, утренний кофе, местная телефонная связь, кабельное телевидение и др. Гости могут воспользоваться арендованной машиной, транспортом из аэропорта, кафетерием, обеденным залом и др.

Большинство коммерческих отелей располагают конференц-залами, номерами «люкс» и банкетными залами. К услугам гостей - прачечная,

химчистка, предоставление необходимой информации, киоски розничной торговли, бассейны, оздоровительные клубы, теннисные корты, сауны, спортивные площадки.

Мотели - отели вблизи автотрасс. Мотель - предприятие, обслуживающее в основном гостей, прибывших на автомобиле. Мотели предоставляют парковку для автомобилей гостей рядом с гостиницей. Мотели могут располагаться в любом месте, но обычно их можно встретить на окраине города или вдоль шоссе.

Большинство мотелей двухэтажные, построены в районе основных магистралей. Многие мотели отличаются живописным пейзажем: кустарники, плавательный бассейн, детские игровые площадки. Как правило, мотели не предлагают полный перечень услуг, характерных для отеля.

Отели вблизи аэропортов. Если развитие железнодорожной сети ускорило строительство отелей, то путешествие по воздуху внесло свой вклад в развитие гостиничного хозяйства в 1950-1970 гг. Авиаперелеты способствовали росту спроса на гостиницы вблизи аэропортов, особенно международных. Эти гостиницы отличаются от других по количеству номеров и уровню сервиса. Типичные целевые рынки для этих отелей: бизнесмены, авиапассажиры, вынужденные из-за задержки рейса остаться в аэропорту на ночь, а также персонал авиалиний. Эти отели обычно располагают специальными лимузинами для трансфера гостей из аэропорта в гостиницу и назад.

Почти во всех аэропортах развешаны рекламные щиты с номерами телефонов близлежащих отелей, которые располагают возможностями для проведения конференций.

Отели «люкс». Отели «люкс» - это новейший, быстроразвивающийся сегмент гостиничного хозяйства. В этих гостиницах номера имеют несколько комнат: гостиную и изолированную спальню. В некоторых номерах «люкс» есть кухня с холодильником и встроенным мини-баром. В этих отелях, как правило, меньше площади отводится под общественные залы и холлы.

Такие отели рассчитаны на людей, которые пользуются номером «люкс» как местом временного проживания и наслаждаются домашним комфортом вне дома. Семьи, приезжающие в отпуск, находят такое место проживания на отдыхе очень удобным. Люди разных профессий могут совмещать работу с отдыхом и даже принимать гостей. Некоторые отели предлагают завтраки, вечерние закуски, что дает гостям возможность общаться друг с другом.

Отели для постоянного места жительства. Эти отели рассчитаны на гостей, практически постоянно проживающих в них. В основном - это одинокие люди. Как правило, подобные отели распространены в США и обслуживают гостей, которые могут позволить себе ограниченный гостиничный сервис каждый день. Отели для постоянного проживания уже не такие популярные сейчас, как когда-то были. Они вытесняются отелями «люкс» и отелями-кондоминиумами.

Обстановка номера в таком отеле может напомнить номер в отеле «люкс». Обычно - это гостиная, спальня и маленькая кухня. К услугам гостей -

ежедневная уборка, телефон, услуги контактной службы и другой гостиничный сервис. При отеле может быть ресторан и зал для отдыха.

Другие типы отелей также могут иметь подобную клиентуру, несмотря на то, что нацелены на другие рынки. А в отелях для постоянного проживания могут останавливаться и транзитные гости.

Курортные отели (пансионаты). Гости выбирают пансионаты в качестве запланированного места отдыха, выделяя их среди других видов гостиниц. Пансионат может располагаться в горах, на острове, в экзотической местности и обязательно далеко от населенных пунктов. Гости здесь привлекают рекреационные возможности и живописный пейзаж. Им предлагаются прекрасное питание, богатый выбор напитков, бытовые услуги и обслуживание в номерах. Многие гостиницы предлагают широкий спектр услуг для активной деятельности гостей: танцы, гольф, теннис, верховая езда, походы на природу, катание на лыжах, плавание. Отличает эти отели и особая комфортная и расслабляющая атмосфера, царящая в них. Подобные отели рассчитывают на постоянных клиентов, приезжающих сюда на отдых из года в год, а также на их положительные отзывы и рекомендации своим друзьям и знакомым. Управляющими таких гостиниц являются общительные люди, которые планируют, организуют и разрабатывают программы отдыха.

Гостиницы, предлагающие ночлег и завтрак. Об этой категории гостиниц часто забывают. Это могут быть небольшие дома, где расположено несколько номеров, или небольшие коммерческие здания (от 20 до 30 номеров). Владелец этой гостиницы живет, как правило, в этом же доме. Обязательный завтрак варьируется от обычного легкого континентального до полноценного обеда. Иногда гостиницы предлагают лишь ночлег и завтрак. Все остальные виды сервиса и рекреационные возможности отсутствуют. Этим объясняется низкая цена проживания в подобной гостинице. Сегодня работают тысячи подобных гостиниц. Они популярны из-за личной привязанности гостей к хозяину.

Таймшерные отели и отели-кондоминиумы. Другой расширяющийся сегмент гостиничной индустрии - таймшерные отели.

Индивидуалы покупают право владения частью помещения на какой-то срок (от одной до двух недель в год). Так как помещение функционирует в основном как отель, то путешественники, арендующие помещения, могут и не осознавать, что это в действительности часть таймшерного отеля. Эти отели становятся особенно популярными в курортных зонах. Владельцы часто не могут себе позволить совладение отелем в течение всего года, поэтому являются таковыми лишь несколько недель в году.

Отели-кондоминиумы похожи на таймшерные. Разница между ними заключается в форме собственности. Помещения в отелях-кондоминиумах могут передаваться во владение лишь одному хозяину. В то время как у таймшерного отеля может быть несколько владельцев. В отеле-кондоминиуме владелец сообщает управляющей компании, на какое время он хочет владеть частью помещения.

Таймшерные владельцы и владельцы отелей-кондоминиумов получают доход от аренды помещения и платят управляющей компании за рекламную

деятельность, аренду, бытовые и технические услуги. Владельцы также ответственны за меблировку помещения. Номер обычно включает гостиную, столовую, кухню, ванную, одну или более спален. Гости останавливаются здесь на одну-две недели.

Казино-отели. Отели, располагающие возможностями для азартных игр, выделяются в группу казино-отелей. Хотя гостиничные номера и сервис предприятий питания могут быть на высшем уровне, их функции вторичны по отношению к казино. Вплоть до недавнего времени гостиничные номера в этих отелях, а также рестораны не считались приносящими большой доход. Сегодня считается, что все предлагаемые услуги в казино-отелях приносят хорошую прибыль. В казино-отели стремятся гости, которые намерены хорошо провести время. Часто в этих отелях можно встретить рестораны, предлагающие особую кухню. К услугам гостей экстравагантные шоу. Своим посетителям отель предлагает чартерные рейсы. Казино в отеле работает 24 часа в сутки, 365 дней в году, что говорит о высокой степени эксплуатации гостиничных номеров и предприятий питания.

Некоторые казино-отели очень большие по своим размерам - до 4000 номеров.

Конференц-центры. Во многих отелях есть залы для проведения собраний и дискуссий. Но весь перечень возможностей для проведения конференций и конгрессов есть только в конференц-центрах. В большинстве конференц-центров предлагается ночлег на 1 ночь. Так как конференции имеют локальный характер, главная задача конференц-центра состоит в том, чтобы обеспечить все необходимое техническое оборудование для конференции: вспомогательное аудио- и видеоборудование, бизнес-центры, комфортабельную мебель и т. д. Конференц-центры, как правило, располагаются в столицах, в них имеются большие возможности для отдыха: площадки для гольфа, открытые и закрытые бассейны, тренажерные залы, водные процедуры, спортивные площадки для занятий легкой атлетикой и т. д.

За все услуги конференц-центра с участников берется одна цена, включающая стоимость номера, питания, использования залов, технического обеспечения и связанных с этим других услуг.

Однако возможности для развлечения ограничены, так как конференц-центры в основном нацелены на удовлетворение нужд организаторов конференции, чем на заполнение досуга ее участников.

Конгресс-отели. Конгресс-отели - еще один сегмент гостиничного хозяйства, который возник недавно. По сравнению с другими отелями, предлагающими менее 600 номеров, конгресс-отели располагают 2000 номеров и более. В этих отелях останавливаются участники крупных конвенций во время их проведения.

Спрос на рынок конгресс-отелей вырос почти в два раза в последние 20 лет. Площадь выставочных залов в таких отелях может равняться 50 000 кв. футов, плюс залы фуршетов и собраний. В этих отелях имеют место как рестораны самообслуживания и кафетерии, так и залы для изысканных обедов.

Конгресс-отели нацелены на деловой сегмент рынка. Предоставляется полный набор деловых услуг: телеконференция, секретариат, перевод на многие языки, факс. Например, это отели -«Opryland Hotel» (Нашвил, штат Теннесси); «Ne Loews Anatole hotel» (Даллас, штат Техас); «Ne Hyatt Regency» (Чикаго). Многие казино-отели привлекают конвенционный рынок для проведения государственных, региональных и международных конгрессов.

Как правило, заявка на проведение конгресса в данном отеле подается за 2 года, но нередко проведение конгресса в конкретном отеле планируется и за 10 лет. Это объясняется многочисленностью приглашенных гостей.

Иногда конвенционные отели не располагают всем необходимым сервисом. В этом случае они прибегают к услугам местного конгресс-центра. Он принадлежит местной администрации. Этот центр может предложить залы для проведения не только встреч и конференций, но и выставок. Некоторые центры располагают площадью 200 000 кв. футов в одном здании. Эти центры тесно сотрудничают с близлежащими отелями, которые могут предоставить проживание участникам конференции. Отели, в свою очередь, продают конвенционные центры на рынке определенному сегменту с целью обеспечения полной занятости номеров.

Альтернативные способы размещения гостей. Парки мобильного отдыха, кемпинги, рекреационные транспортные парки имеют отношение к отелям, так как предлагают условия для ночлега. Но хотя сходство с гостиницей существует, эти альтернативные способы размещения гостей выделяются отдельно.

В некоторых курортных зонах парки и кемпинги являются сильными конкурентами традиционным гостиницам, так как они нацелены на более широкий сегмент рынка. Многие государственные и национальные парки предлагают кемпинги и другие помещения для проживания, которые напрямую конкурируют с отелями. Их преимущество заключается в том, что они расположены в зоне парка и, как правило, очень дешевые.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 52
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-17. ТЕМА 17.8. Адаптивная двигательная рекреация по месту жительства инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Гимнастика, плавание, коррекционно-развивающие игры, нетрадиционные оздоровительные технологии в адаптивной физической культуре.
2. Туризм как метод реабилитации и оздоровления лиц с ограниченными возможностями.
3. Организационные основы рекреационной и туристской деятельности инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья по месту жительства (в физкультурно-оздоровительных центрах, клубах по спортивным интересам и других учреждениях).
4. Показания и противопоказания для занятий рекреационной и туристской деятельностью лиц с поражениями опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, интеллекта.
5. Основы врачебного, педагогического контроля и самоконтроля в процессе рекреационной и туристской деятельности инвалидов.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

1. Гимнастика, плавание, коррекционно-развивающие игры, нетрадиционные оздоровительные технологии в адаптивной физической культуре.

Гимнастика.

Художественная гимнастика на инвалидных колясках

Художественная гимнастика для инвалидов – очень молодой вид спорта, который позволяет продемонстрировать женскую элегантность в движении, выражение экспрессии и гармонии.

Подобно танцам на инвалидных колясках различают следующие формы художественной гимнастики:

1. Индивидуальная гимнастика. Пользователь инвалидной коляской перемещается один.

2. Парная гимнастика. Пользователь инвалидной коляской перемещается со здоровым партнером. Оба партнера демонстрируют новые творческие возможности для инвалидов. Движения выполняются с различными контактами рук или предметами. Репертуар движений может быть расширен, когда меняется предмет между двумя партнерами.

3. Групповая гимнастика. Три пользователя инвалидной коляской и три здоровых партнера выполняют групповое упражнение под музыку, обмениваясь различными предметами. Типичным характером осуществления групповых упражнений является участие каждой гимнастки в работе группы в духе сотрудничества.

Для трех видов предметов (лента, мяч и обруч) были разработаны следующие приемы, адаптированные к возможностям занимающихся.

А) Упражнения с лентой.

1. Взмахи и круги в различных проекциях.

2. Змеи и спирали в различных проекциях на месте и в передвижении, с поворотом вперед и назад.

Б) Упражнения с мячом.

1. Отскоки: на месте – двумя руками, одной рукой, кулаком, локтем; в передвижении с поворотами вперед и назад, с вращением вперед.

2. Броски: на месте – двумя руками, одной рукой, за спиной.

3. Вращения на полу: на месте и в передвижении.

4. Перекаты по телу: на двух руках, на одной руке, на груди.

В) Упражнения с обручем.

1. Вращения в различных проекциях: вокруг рук или шеи.

2. Перекаты по полу: по прямой линии, по кривой, с возвращением назад.

3. Броски: с размахиванием вокруг горизонтальной оси; с поворотом вокруг горизонтальной оси.

4. Повороты: вокруг центра в различных проекциях.

Для дальнейшего развития танцевальных видов адаптивной двигательной рекреации необходимо организовать симпозиумы на региональном, национальном уровнях. При этом следует учитывать, что танцевальные виды адаптивной двигательной рекреации являются эффективными способами комплексного воздействия на занимающихся и позволяют совершенствовать следующие аспекты реабилитации и социализации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями.

Моторные аспекты:

1. Совершенствование позиций тела, подвижности, ловкости, гибкости.

2. Совершенствование навыков координации.

3. Подготовка инвалидной коляски к движению под музыку.

Медицинские аспекты:

1. Совершенствование функций кровообращения.

2. Компенсация ограниченности движений.

Психологические аспекты:

1. Воспитание уверенности в себе.

2. Реализация самовыражения.

3. Выражение индивидуальности.

Социальные аспекты:

1. Создание связи между отдельными партнерами, между группами.

2. Создание обществ.

В заключение отметим, что танцевальные виды адаптивной двигательной рекреации очень тесно связывают этот вид адаптивной физической культуры с креативными (художественно-музыкальными) видами двигательной активности человека, в которых главная целевая установка состоит в обеспечении у занимающихся возможности для творческой деятельности, самовыражения и самоактуализации.

Плавание.

Водные виды адаптивной физической культуры давно и с успехом используются во всех ее видах, начиная с адаптивного физического воспитания, адаптивной двигательной рекреации и заканчивая экстремальными видами двигательной активности; во всех возрастных периодах жизни человека – от младенчества (включая роды в воде) до старости; с инвалидами практически всех нозологических групп – по зрению, слуху, интеллекту, с поражениями опорно-двигательного аппарата, сложными дефектами и др.

Классификации водных видов адаптивной двигательной рекреации

Существует много различных классификаций водных видов. Рассмотрим некоторые из них.

I. Все водные виды адаптивной двигательной рекреации в зависимости от нахождения занимающегося по отношению к воде можно разделить на следующие группы:

- 1) активность занимающегося осуществляется на поверхности воды;
- 2) двигательная деятельность занимающегося проводится в воде;
- 3) занимающийся выполняет движения под водой;
- 4) взаимодействие занимающегося с водой реализуется в момент приводнения (после прыжков, ныряний и т.п.).

II. В качестве следующего классификационного признака для разделения на группы водных видов адаптивной двигательной рекреации используется наличие (или отсутствие) у занимающегося вспомогательных приспособлений и технических средств.

В этом случае выделяют следующие группы водных видов:

- 1) занимающийся выполняет все двигательные действия без каких-либо дополнительных приспособлений и устройств;
- 2) занимающийся одевает на себя какие-то приспособления или технические средства (для облегчения или затруднения выполняемых действий);
- 3) занимающийся находится внутри или на поверхности приспособления или технического средства.

III. В зависимости от особенностей водной среды, в которой осуществляется рекреационное мероприятие, выделяют:

- 1) естественные водоемы (реки, озера, моря, океаны и т.п.);
- 2) искусственные водоемы (бассейны, аквапарки, водные тредбаны и т.п.).

IV. Все физические упражнения в воде, используемые в адаптивной двигательной рекреации, в зависимости от применяемых методов разделяются на следующие:

- 1) индивидуальные;
- 2) коллективные, которые в свою очередь подразделяются на игровые и соревновательные.

V. В последние годы, в связи с использованием дополнительных способов воздействия на занимающегося в процессе занятий, классифицируются данные способы воздействия на различные сенсорные системы человека:

- 1) музыка, в том числе музыкальное сопровождение выполнения конкретных упражнений;
- 2) световые воздействия, в том числе цветомузыка;
- 3) различные ароматизирующие добавки;
- 4) вибрационные потоки воды, оказывающие воздействие на тело занимающегося и др.

Рассмотрим выделенные группы водных видов адаптивной двигательной рекреации.

Существует большое количество видов адаптивной рекреационной деятельности, когда занимающийся, как правило, используя различные приспособления и технические средства, осуществляет свою активность на поверхности воды. Это хождение на парусной доске, швертботе; отдых на плоту, катание на гидровелосипеде; гребля на шлюпке, байдарке; катание на водных лыжах, водных санях, на «банане», водном мотоцикле; прогулки на яхте, катере; плавание на матрасе и др.

В воде осуществляется большое количество упражнений, с которыми, собственно, и связано представление о водных видах адаптивной двигательной рекреации. Это плавание различными способами (брасс, кроль, на спине и т.п.); упражнения в воде (аква- и гидроаэробика); двигательные действия из арсенала синхронного плавания; обычное купание, в том числе осуществляемое с помощью инструктора, родителей, волонтера; окунания; отдых в полосе прибоя; плавание с различными вспомогательными устройствами (надувные жилеты, «воротнички», ласты, спасательные круги и т.п.); игры на воде.

Под водой осуществляются различные виды ныряния; плавание под водой, в том числе с ластами; погружения с аквалангом и др.

К водным видам адаптивной двигательной рекреации относят и различные виды двигательных действий, завершающихся погружением в воду, например: прыжки в воду с вышки, трамплина, раскачивающегося троса; приводнение после парашютной буксировки.

В водных видах адаптивной двигательной рекреации очень часто используются вспомогательные приспособления и технические средства, не только помогающие осуществлять перемещение инвалида в водную среду (подъемники, лонжи, пандусы и др.), но и обеспечивающие собственно адаптивно-рекреационную деятельность, а также безопасность занимающихся. Здесь широко применяются как устройства, на которых размещается инвалид, так и устройства, одеваемые на его тело.

Следует учитывать, что в соревнованиях по плаванию по программе Паралимпийских игр использование любых приспособлений и технических

средств запрещается. На соревнованиях даже перемещение спортсмена-инвалида в воду в случае, когда сам он это сделать не в состоянии, производят волонтеры или помощники судей.

Для адаптивной двигательной рекреации большое значение имеет особенность водной среды, в которой осуществляются рекреационные мероприятия.

К естественным водоемам (рекам, озерам, морям и т.п.) следует относиться с большой осторожностью, поскольку они в большинстве случаев не имеют инфраструктуры, обеспечивающей безопасность занимающихся. Поэтому организаторам занятий необходимо предусмотреть соответствующие меры.

Рекреационные мероприятия с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья на постоянной основе значительно проще организовать в искусственных водоемах: бассейнах, аквапарках, ваннах и т.п. Однако это связано со значительными финансовыми вложениями, что требует дополнительной организаторской работы (поиск спонсоров, включение в социально-реабилитационную программу и т.д.).

Огромное многообразие методов использования физических упражнений в водной среде представлено в различных учебниках и учебно-методических пособиях по плаванию и играм на воде. Поэтому здесь они рассматриваться не будут.

В связи с широким внедрением в практику адаптивной физической культуры аква- и гидроаэробики, элементов синхронного плавания актуальным стало музыкальное сопровождение рекреационных занятий. Это значительно повышает эмоциональный фон занятия, способствует раскрепощению занимающихся, улучшает их работоспособность.

Иногда с этой целью применяют дополнительные способы активизации сенсорных систем организма человека (цветомузыка, ароматизирующие вещества (особенно когда занятия проводятся в ваннах), вибрационные воздействия и т.п.).

Сказанное выше позволяет заключить, что водные виды адаптивной двигательной рекреации являются эффективнейшим средством воздействия на человека с отклонениями в состоянии здоровья с целью его лечения, реабилитации, повышения уровня качества его жизни.

Коррекционно-развивающие игры.

Игровые виды адаптивной двигательной рекреации – наиболее доступные и простые средства этого вида адаптивной физической культуры. Как правило, для их проведения достаточно минимального количества оборудования и спортивного инвентаря, которые в ряде случаев могут быть изготовлены собственными руками.

Игра – это неотъемлемый элемент жизни, человеческой культуры, связывающий поколения. Это явление изучают философы, социологи, психологи, биологи. Педагогика связывает игру и игровое поведение с процессами воспитания, образования и развития личности.

Среди наиболее часто используемых игровых видов адаптивной двигательной рекреации можно выделить:

1) подвижные игры, использующие сюжет как основу, стимулирующую двигательную активность занимающихся;

2) эстафеты с использованием самых разнообразных двигательных действий;

3) элементы спортивных игр, проводящихся в большинстве случаев по упрощенным правилам.

Подвижные игры чаще всего применяются в работе с детьми.

Игра как форма активности занимает значительное место в жизни ребенка. Загадка и ценность игры имеют глубокие внутренние корни, так как стремление человека играть, зарождаясь еще в раннем детском возрасте, сопровождает его всю жизнь до глубокой старости: от погремушки и куклы до азартных игр. Тайна этого феномена лежит в психофизиологической сфере человека. Действительно, если ребенок долго сидит в одной и той же позе, то он чувствует потребность в движении. Энергия ищет выхода, и ребенок совершает движения без всякой цели – бегает, прыгает, толкается. Бесспорно, некоторые игры основываются на избавлении от скопившейся энергии, на переключении деятельности.

Другая точка зрения заключается в том, что игра сама по себе является не столько тратой сил, сколько их источником. Найдется немало примеров из жизни, когда человека, не имеющего никакой «лишней» энергии, игра все равно привлекала к себе, становясь источником новых сил и новой психофизической энергии.

В одной из последних работ, посвященных подвижным играм для детей с отклонениями в развитии и подготовленных коллективом авторов факультета адаптивной физической культуры Санкт-Петербургского университета физической культуры им. Лесгафта, рассматриваются психологические, биологические, педагогические аспекты игры, нагрузки и подвижных игр, вопросы подготовки, организации и руководства игрой.

Там же осуществлены их классификация (по нозологическому принципу) и систематизация; в частности, систематизированы подвижные игры (преимущественно для использования в условиях летнего отдыха) для следующих категорий детей:

- слепых и слабовидящих;
- глухих и слабослышащих;
- с проблемами развития интеллекта;
- с нарушениями речи;
- с поражением опорно-двигательного аппарата;
- с детским церебральным параличом.

Кроме того, в данном пособии выделены игры, направленные на установление психологического контакта между играющими («Пойми меня», «Запомни имя», «Видеотелефон», «Попробуй повторить» и др.), речитативно-игровые композиции для совместных игр детей и взрослых, а также подвижные игры – переходные к спортивным, включающие в себя бег, прыжки, метания, элементы баскетбола, волейбола, подвижные игры на прогулках и в походах.

Как отмечает Л.В.Шапкина (2002), для ребенка самая большая радость в игре – это удовлетворение естественной потребности в общении, эмоциональном контакте с другими детьми и взрослыми, возможность проявления своих чувств. Обстановка доброжелательности, доверия, взаимопомощи, одобрение действий, уважение и признание в группе сверстников, соперничество и взаимодействие с партнерами как людьми, близкими по духу, – все это является постоянно действующим стимулом и главной ценностью подвижной игры, особенно для детей-инвалидов и детей с нарушениями в развитии. Как правило, эти дети в силу снижения двигательной активности испытывают дефицит общения, что по-разному сказывается на психике ребенка. У детей с патологией зрения и опорно-двигательного аппарата из-за трудностей освоения пространства возникают неуверенность, замкнутость, повышенное внимание к себе, робость, стеснительность. У детей с проблемами интеллекта и нарушениями слуха преобладают черты психики, характеризующиеся неумением подчиниться требованиям и правилам игры, неспособностью сосредоточиться на задании, неустойчивостью внимания, расторможенностью поведения и т.п.

При работе с такими детьми все внимание должно быть направлено на выявление их потенциальных возможностей и формирование таких мотивов деятельности, которые были бы им близки и понятны. Дети-инвалиды независимо от степени и глубины патологических нарушений при грамотной организации занятий подвижными играми могут получать удовольствие от общения и добиваться успехов в физическом и психомоторном развитии.

В эстафеты, игровые задания могут включаться самые разнообразные физические упражнения (ходьба, бег, прыжки, броски, метания; переноска предметов – действия с ними; перемещения в необычных положениях – в упоре лежа, упоре лежа сзади; в парах; с выполнением умственных действий в процессе эстафеты и др.).

Эстафеты и игровые задания соревновательного характера могут рассматриваться в качестве переходных к спортивным играм и вообще вводящих занимающихся в атмосферу и дух адаптивного спорта.

Самой многочисленной группой игровых видов адаптивной двигательной рекреации является третья группа, объединяющая игровые задания с элементами спортивных игр. Обычно среди них выделяют игровые действия с индивидуальными и коллективными противоборствами, а также игры, в которых нет прямого (одновременного) взаимодействия соперников, их результаты определяются по индивидуально демонстрируемым показателям.

К играм с элементами индивидуального противоборства относятся: бадминтон, теннис, настольный теннис, бильярд, сквош и другие хорошо известные у нас спортивные игры. Правда, в этих играх (кроме бильярда) имеются варианты, когда противодействуют команды, состоящие из двух человек.

Все перечисленные игровые виды имеют модификации правил соревнований и условий для участия спортсменов-инвалидов в колясках.

Игры с элементами коллективных противоборств составляют большинство игровых видов адаптивной двигательной рекреации, поскольку они достаточно популярны и известны в нашей стране и мире. Это игры по упрощенным правилам таких коллективных спортивных противоборств, как водное поло, волейбол, пляжный волейбол, гандбол, баскетбол, софтбол, футбол, мини-футбол, футзал, хоккей, хоккей на траве, флорбол (хоккей в зале) и другие спортивные игры, используемые здоровыми спортсменами. Все они могут быть модифицированы для применения инвалидами.

Кроме того, существует большое количество специально разработанных для инвалидов спортивных игр, элементы которых могут использоваться и в рекреационных целях. К таким играм относятся: баскетбол в колясках, регби в колясках, волейбол сидя, хоккей на полу, хоккей в салазках, голбол и торбол (для незрячих спортсменов), футбол для лиц с ДЦП (7×7 человек), незрячих спортсменов (5×5 человек), футбол для ампутантов и др.

Нетрадиционные оздоровительные технологии.

К таким видам относятся ходьба и бег, обладающие и случае их правильного применения большим оздоровительным эффектом.

В качестве самодеятельных организаций здесь выступают так называемые клубы любителей бега, где собираются на добровольной основе люди, стремящиеся к активным способам отдыха и проведения досуга, сюда же могут быть отнесены и прогулки в парках, рекреационных землях, проводимые в различные времена года.

Не утратили своего значения и занятия в тренажерных залах для активизации тонуса мышечной и других систем организма.

Отличными видами двигательной активности для рекреативных мероприятий являются езда на велосипедах, лыжные прогулки, катания на санках и коньках.

Очень часто, особенно людей пожилого возраста, привлекают шахматы и шашки, в которые они играют на открытом воздухе (в парках, садах). Правда, в этих случаях у людей практически отсутствует двигательная активность, что не позволяет говорить о полноценной адаптивной двигательной рекреации.

Очень важным направлением рекреационной деятельности являются упражнения, направленные на овладение умениями и навыками произвольного расслабления мышц. Эти умения и навыки можно назвать универсальными, необходимыми для всех видов адаптивной двигательной рекреации, поскольку у большинства людей расслабленное состояние мышечной системы ассоциируется с отдыхом, удовольствием. Однако для детей с гипертонусом нервно-мышечной системы и гипервозбудимостью, для лиц с последствиями детского церебрального паралича умения и навыки произвольного достижения расслабления мышц имеют первостепенное значение. Поэтому лица с отклонениями в состоянии здоровья в процессе занятий адаптивной двигательной рекреацией должны обязательно освоить умения и навыки произвольного расслабления мышц, избавления от «мышечных зажимов».

Для этих целей рекомендуется психорегулирующая, или аутогенная тренировка, а также навыки самовнушения тепла и тяжести всех звеньев тела. Подробное описание содержания таких тренировок представлено в многочисленной литературе по психологии спорта.

Кроме того, существует ряд упражнений для формирования ощущений расслабленного состояния мышц: контрастные напряжения и расслабления мышц, покачивания верхними и нижними конечностями в различных положениях (висах, упорах и т.п.). Их также можно найти в многочисленных изданиях учебно-методического характера по спортивно-педагогическим дисциплинам (гимнастике, легкой атлетике, аэробике и др.).

2. Туризм как метод реабилитации и оздоровления лиц с ограниченными возможностями.

В практике врачей и психологов в качестве факторов влияния на личность давно используются различные виды деятельности (труд, игра, музыка, спорт). Такие воздействия выделяются как отдельные методы лечения – трудотерапия, игротерапия (например, сказкотерапия, песочная терапия и т.п.), музыкотерапия, психоэстетотерапия и др.

Поскольку специалисты рассматривают адаптивную двигательную рекреацию как один из видов человеческой деятельности, важнейшее социальное явление, адаптивная туристическая деятельность, безусловно, может оказывать положительное влияние на личность инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья.

В основе туризма лежит участие человека в коллективных туристских мероприятиях, расширение круга общения, выход из четырех стен жилища, выезд за пределы города, психологическая мобилизация, повышение жизненной активности. Чтобы решиться выехать в полевой палаточный лагерь, городскому жителю надо совершить волевое усилие и преодолеть нежелание испытывать дискомфорт, связанный с проживанием в палатке.

Чтобы выехать на природу, инвалид должен преодолеть внутри своего «Я» мощный барьер страха остаться без защиты цивилизации. В процессе туристского похода происходит переоценка инвалидом уровня своих потенциальных возможностей и границ среды активной жизнедеятельности. Состояние борьбы с трудностями формирует повышенный уровень мобилизации и готовность к их преодолению. Решение в составе тургруппы функциональных задач различного типа развивает у инвалида способность к конструктивному взаимодействию, повышает уровень адаптивных возможностей. Соответственно повышаются самооценка и уровень притязаний, формируется более терпимое отношение к своему дефекту. Группа является самостоятельным фактором воздействия на личность человека и требует от него значительных усилий для успешной интеграции в коллектив.

Нахождение среди равных по правам и льготам людей лишает инвалида статуса исключительности. Наблюдение за успехами других инвалидов, которое убеждает в достаточно высоком уровне сохранных возможностей у

людей с ограниченными жизненными возможностями, является одной из форм «косвенной психотерапии». В медицине подобное влияние группы называется «психотерапия посредством группы».

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1) адаптивный туризм как особый вид жизнедеятельности обладает способностью позитивно влиять на личность человека с ограниченными жизненными возможностями, при этом затрагиваются такие психологические структуры, как уверенность в себе, уровень притязаний, независимость от окружающих;

2) адаптивный туризм можно использовать в целях медико-психологической реабилитации инвалидов с детства;

3) наиболее ярко психотерапевтический эффект проявляется в расширении границ жизненного пространства инвалидов.

Формы организации туристских мероприятий:

А) Походы выходного дня.

Походы выходного дня – самый массовый вид походов, который играет в адаптивном туризме чрезвычайно важную роль. Именно они в наибольшей степени соответствуют целям и задачам адаптивной двигательной рекреации. В походе выходного дня человек определяет: может ли он ходить в походы, какие нагрузки он способен переносить, какой вид туризма (водный, пеший, скалолазание, спелеотуризм и др.) ему больше всего нравится, и т.д. В походе выходного дня туристы отдыхают, тренируются, осваивают туристские умения и навыки.

С точки зрения здоровья, полезнее в течение года по два раза в месяц ходить в двухдневные походы выходного дня, чем один раз в год в многодневный поход.

Б) Многодневные походы физкультурно-спортивной направленности.

Именно в таких походах инвалид имеет возможность познать и испытать все трудности туристской деятельности. Очень часто именно после многодневных походов он изменяет свою потребностно-мотивационную сферу, ценностные ориентации и постепенно переходит в данном виде двигательной активности от адаптивной рекреации к адаптивному спорту. Спортивными в Российской Федерации принято считать туристские походы, соответствующие определенным категориям сложности (спортивным нормативам). Самый простой – 1-я категория, самый сложный – 6-я категория. По совокупности походов различной категории сложности туристам присваиваются спортивные звания вплоть до мастера спорта международного класса.

В) Туристский слет.

Туристские слеты проводятся один–два раза в год и собирают туристский актив региона. Во время слета проводятся соревнования, конкурсы, встречи друзей, общение, песни у костра. Численность туристских слетов, которые по продолжительности составляют 3–5 дней, может достигать нескольких сот и даже тысяч человек.

Г) Оздоровительный туристский лагерь.

Суть оздоровительного туристского лагеря заключается в том, что туристы, выезжая на природу, останавливаются в одном месте (лагере), из которого они направляются на прогулки, экскурсии, рыбалку и т.п. Турлагерь доступен всем инвалидам, кому можно выезжать из города.

Привлекательность оздоровительных турлагерей для инвалидов определяют следующие факторы:

- сравнительно невысокие требования к уровню исходной туристской подготовки и материально-технического обеспечения участников;
- незначительные психофизические нагрузки;
- относительная простота организации;
- низкая себестоимость, доступность для малоимущих и многодетных семей;
- возможность отдыха инвалидов и пожилых людей вместе с семьями;
- высокая эффективность в решении оздоровительных и реабилитационных задач.

Для успешного проведения туристического лагеря необходимо решить следующие задачи:

- 1) определить круг участников, общую численность лагеря;
- 2) выбрать удобное место с ровной площадкой в живописном, экологически чистом районе, в лесной зоне, на берегу водоема, имеющего условия для купания; недалеко должен быть родник, вода из которого соответствует требованиям санитарно-эпидемиологической безопасности;
- 3) до заезда туристов в лагерь продумать и согласовать с представителями участников план лагеря;
- 4) разработать программу лагеря, учитывающую специфику состояния здоровья, уровень возможностей, мировоззрение, интересы участников и обеспечивающую их взаимную интеграцию;
- 5) составить режим дня с учетом специфических особенностей участников, предусмотреть незагруженное мероприятиями и заданиями время для пассивного отдыха;
- 6) заранее оборудовать туалеты, умывальники, кострища, места для купания, спуски к воде;
- 7) продумать вопросы доставки туристов и снаряжения до лагеря и обратно, тактику решения санитарно-гигиенических проблем, медицинское обеспечение;
- 8) обеспечить соблюдение туристами правил техники безопасности;
- 9) составить карту местности и раздать ее участникам по приезду в лагерь;
- 10) предварительно провести с привлеченными помощниками (волонтерами) курс лекций об особенностях работы с инвалидами и пожилыми людьми;
- 11) обеспечить сохранность продуктов питания.

Практика показывает, что продолжительность лагеря для людей с ограниченными жизненными возможностями – 10–12 дней, количество участников – до 30 человек.

Таковы основные организационные формы туристских мероприятий.

Многие взрослые инвалиды, инвалиды с детства, как показывает опыт, отказываются участвовать в тех мероприятиях, где от них требуются высокий уровень поведенческой активности, инициатива, преодоление трудностей. Организаторы туризма могут помочь инвалиду преодолеть мешающие ему психологические барьеры. Для этого используется следующая технология, построенная на принципе поэтапной психологической подготовки.

1. В предварительных беседах приводятся позитивные примеры других инвалидов, занимающихся туризмом. Эффект примера основан на сравнительном анализе: «Раз он смог, то и ты сможешь», «Раз с ним ничего не случилось, то и с тобой ничего не случится».

2. Приводятся описания деталей путешествия инвалидов с использованием иллюстративного материала (фото, слайды, фильмы). Описывается программа путешествия, режим дня, уровень нагрузок, характер питания, условия сна и другие детали. Необходимо максимально уменьшить степень неопределенности.

3. Проводятся однодневные ознакомительные выезды на природу, в процессе которых инвалиды на практике знакомятся с активным туризмом.

4. Проводится обучение азам туризма, определяются потенциальные функции инвалида в группе. При этом инвалиды имеют возможность соизмерить уровень своих возможностей с требованиями в туризме к участникам мероприятий.

5. Проводятся походы выходного дня, в процессе которых отрабатываются навыки взаимодействия в замкнутой туристической группе в условиях отрыва от цивилизации, закрепляются туристические навыки.

6. Организуются многодневные туристские лагеря, в которых закрепляются успехи предыдущего этапа.

7. Проводятся активные многодневные путешествия и походы, которые являются основным фактором коррекции личности.

Специальные реабилитационные походы для инвалидов с детства необходимо организовывать таким образом, чтобы тургруппа состояла на 70–80% из инвалидов. На каждого участника данной группы (после предварительного обучения) необходимо возложить отдельные, посильные для него обязанности, которые он может исполнять без ущерба для своего здоровья. Разжигание костра, приготовление пищи на костре, установка палаток – все это инвалиды могут делать сами, при минимальной поддержке со стороны здоровых членов тургруппы. Это способствует закреплению навыков по самостоятельной Организации быта в экстремальных условиях, повышению самооценки, переоценке степени негативного влияния имеющегося дефекта на уровень функциональных возможностей организма инвалида. Пребывание в среде инвалидов, пользующихся равными правами, способствует снижению эгоцентризма.

Важно, чтобы инвалид, в обычной жизни «объект» заботы со стороны окружающих, сам активно взаимодействовал с другими инвалидами и здоровыми людьми в целях жизнеобеспечения группы. Изменение социальной роли в группе людей с ограниченными жизненными возможностями в

процессе деятельности позволяет инвалидам с детства преодолеть сомнения и неуверенность в себе. Путешествие в составе группы расширяет круг общения, повышает уровень коммуникабельности, учит конструктивному взаимодействию.

Все это лишний раз показывает, что любое туристическое мероприятие с участием инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья необходимо тщательно планировать и подготавливать.

Организаторам туристических мероприятий, учитывая специфику контингента, необходимо выделять следующие этапы подготовительного периода:

1) определение цели и задач мероприятия – оздоровление, реабилитация, отдых, обучение, соревнование, знакомство с местными достопримечательностями, сбор грибов и т.д.;

2) выбор организационной формы мероприятия – туристский лагерь, слет, поход, соревнование, экскурсия, туристическая поездка;

3) анализ имеющихся возможностей – снаряжение, транспорт, волонтеры и т.д.;

4) определение лиц, ответственных за решение конкретных организационных вопросов, контактные телефоны и адреса, место и время встречи;

5) подготовка необходимой документации;

6) план мероприятий подготовительного периода – приобретение билетов и продуктов питания, подготовка снаряжения, рассылка информации и т.п.;

7) анализ эффективности подготовительных действий и их коррекция.

В заключение данного раздела необходимо сделать общий вывод о том, что адаптивный туризм является перспективнейшим средством и методом адаптивной двигательной рекреации.

Переключение на новый вид деятельности, общение с природой, отдых, коммуникации с людьми, получение удовольствия от двигательной активности и другие эффекты позволяют оказывать следующие виды реабилитационных воздействий на инвалидов:

- оздоровление. В этом плане адаптивный туризм является разновидностью таких видов деятельности, как физическая культура и спорт. Более того, с точки зрения влияния на соматическое и психическое здоровье лиц с ограниченными жизненными возможностями, адаптивный туризм можно назвать адаптивным видом спорта;

- социальная реабилитация, в том числе социально-коммуникативная реабилитация. Действующие факторы: изменение характера и круга общения, деятельность в составе малых групп, изменение социальной роли;

- социально-бытовая реабилитация. Действующие факторы: деятельность, направленная на самообеспечение, уход за собой и организация быта в условиях природы;

- социально-средовая реабилитация. Действующие факторы: овладение технологиями эффективного функционирования в разных средах обитания;

- социально-педагогическая реабилитация. Действующие факторы:

овладение новыми знаниями, умениями, навыками;

- социально-культурная (социокультурная) реабилитация. Действующие факторы: экскурсии, конкурсы, фотовыставки, песни, беседы и т.д. Расширение кругозора;

- социально-психологическая реабилитация. Действующие факторы: социальная активизация в процессе туристских мероприятий, самосознание, наблюдение за успехами других инвалидов, трансформация мировоззрения (изменение точки зрения на уровень возможностей инвалидов, на степень ограничений, создаваемых имеющимся у инвалида дефектом).

3. Организационные основы рекреационной и туристской деятельности инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья по месту жительства (в физкультурно-оздоровительных центрах, клубах по спортивным интересам и других учреждениях).

Практика создания физкультурно-оздоровительных клубов для инвалидов по месту жительства показала, что в качестве организационной структуры физкультурно-оздоровительного движения эти клубы вполне себя оправдывают.

Организационную структуру клуба можно представить следующим образом:

Правление

Председатель правления

Директорат

Бухгалтер

Директор по физкультурно-оздоровительной и спортивной работе

Директор социальных программ

Тренеры по видам спорта

Основным руководящим органом является правление клуба, собираемое 1 раз в 2 года. Правлением избирается председатель, который руководит деятельностью клуба на период между заседаниями правления. Председатель несет юридическую и финансовую ответственность за деятельность клуба, организует и направляет работу директоров. Директора по направлениям (их количество зависит от финансового положения клуба и программы его деятельности) назначаются правлением, организуют работу по соответствующему разделу и отчетываются перед председателем.

Работа, в клубе, как правило, ведется по двум основным направлениям: физкультурно-оздоровительному и спортивному.

Физкультурно - оздоровительное направление предполагает организацию групп здоровья для инвалидов, которым занятия спортом не показаны. Все инвалиды, начинающие занятия в клубе, должны заниматься сначала в группах общей физической подготовки, по коррекционно-реабилитационной программе. Это условие позволяет адаптировать организм инвалида к последующим спортивным нагрузкам и создать основу для формирования спортивных двигательных навыков.

Спортивное направление предполагает систематическую тренировку в конкретном виде спорта, а также последующее участие в соревнованиях.

Занятия в спортивной секции проводятся тренером по виду спорта в специально организованных залах или спортсооружениях, с использованием спортивного инвентаря и оборудования.

Физкультурно-оздоровительные занятия могут проводиться специалистом по лечебной физкультуре.

На физкультурно-спортивных занятиях, организуемых для инвалидов, желательно присутствие врача.

Клубом проводятся физкультурно-спортивные праздники, организуются соревнования среди членов клуба, организуется и финансируется участие членов клуба в соревнованиях различного уровня.

Социальная работа предполагает оказание финансовой, правовой помощи членам клуба, обеспечение их спортивной формой, инвентарем.

Клуб подчиняется в своей деятельности федерации спорта соответствующей категории инвалидов. Федерация инвалидного спорта, в свою очередь, координирует свою деятельность с Федеральным Агентством по физической культуре и спорту.

4. Показания и противопоказания для занятий рекреационной и туристской деятельностью лиц с поражениями опорно-двигательного аппарата, слуха, зрения, интеллекта.

Абсолютными противопоказаниями к занятиям являются:

- лихорадящие состояния, гнойные процессы в тканях, хронические заболевания в стадии обострения, инфекционные заболевания;
- сердечно-сосудистые заболевания: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, перенесенный инфаркт миокарда, инсульт, миокардиты любой этиологии, некомпенсированные пороки сердца, нарушения режима сердца и проводимости, синусовая тахикардия с ЧСС более 100 уд./мин.;
- легочная недостаточность (при уменьшении жизненной емкости легких на 50 % и более от должного);
- угроза кровотечений (кавернозный туберкулез, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с склонностью к кровотечениям);
- заболевания крови (в т.ч. анемия);
- последствия перенесенных черепно-мозговых травм со склонностью к повышению внутричерепного давления с угрозой эпилептикоподобных;
- последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения и нарушений спинального кровообращения (с локализацией заболевания - миопатия, миастения);
- рассеянный склероз;
- злокачественные новообразования;
- желчекаменная и мочекаменная болезни с частыми приступами, хроническая почечная недостаточность,
- хронический гепатит любой этиологии;

- близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне, состояния после отслойки сетчатки, глаукома любой степени;
- сахарный диабет тяжелой формы, осложнения полиневритами;
- эпилепсия;
- остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами дисков, спондилолистезом, миелопатией, болевым синдромом вертебробазиллярной недостаточностью;
- психические заболевания (шизофрения, депрессивно-маниакальное состояние).

5. Основы врачебного, педагогического контроля и самоконтроля в процессе рекреационной и туристской деятельности инвалидов.

Врачебно-медицинский контроль лиц с ограниченными функциональными возможностями.

А) Диспансерное наблюдение.

Занимающиеся должны проходить врачебный контроль не менее двух раз в год: в начале учебного года и в конце. Кроме того – после перенесения тех или иных заболеваний и при плохом самочувствии.

В практике врачебного контроля применяются два метода исследования: углубленный и краткий.

При первоначальном исследовании инвалидов обязательно применение углубленного метода, а при повторном – краткого.

Все полученные данные заносятся во врачебно-контрольную карту физкультурника.

Программа углубленного врачебного обследования включает паспортную часть: записывается Ф.И.О., адрес, номер поликлиники, к которой прикреплен инвалид, с тем, чтобы была возможность уточнения диагноза. При сборе анамнеза уточняется лечение по этапам (оперативное, консервативное, дата проведения, если была операция, то какая и когда, осложнения, сопутствующие заболевания, при поражении спинного мозга уточняется состояние функций мочевыводящих путей и тазовых органов). Уточняются наследственные заболевания, отношение к алкоголю, курению. Каким видом спорта занимался, сколько времени, в каких соревнованиях участвовал, результаты.

В основном объем исследований тот же, что и у здоровых спортсменов: антропометрия, спирометрия, динамометрия, становая сила, рост, вес. Особенностью является то, что все показатели измеряются без протезов, ортезов и других приспособлений, а также снимаются показатели объема усеченной конечности в нижней трети, средней трети и верхней трети.

Проводятся и фиксируются данные наружного осмотра: кожи, жировые отложения, мускулатуры, формы грудной клетки, спина, стопы, ноги, окружность грудной клетки на вдохе, выдохе, пауза и размах.

Необходимо также проведение функциональных проб для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, ЭКГ, рентгеноскопия органов грудной клетки, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимические исследования по показаниям. В программу

углубленного врачебного обследования входит осмотр врачами-специалистами (окулист, ЛОР, хирург, невропатолог, для женщин гинеколог). Обязательное тестирование физической работоспособности, развернутые рекомендации специалиста, ведущего данного инвалида с момента получения инвалидности и его рекомендации.

Программа краткого врачебного обследования несколько уже и включает анамнез, антропометрию, физикальное обследование и проведение функциональных проб для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы, рентгеноскопию органов грудной клетки и ЭКГ. Анализ мочи, крови, осмотр окулистом.

Врачебно-медицинский контроль за детьми-инвалидами осуществляется по месту их нахождения (детский сад, школа, средние учебные заведения, вузы), а также в детских поликлиниках по месту жительства.

Б) Врачебный контроль в процессе занятий.

В работе с лицами с нарушением состояния здоровья особенно важно систематическое, постоянное врачебное наблюдение за изменениями в состоянии здоровья, физическом развитии, функциональном состоянии.

В данном случае врач и тренер должны работать в тесном контакте, чтобы предотвратить негативные последствия неправильного подхода к учебно-тренировочному процессу и не усугубить еще больше состояние здоровья занимающихся.

Этот процесс осуществляется путем проведения текущих осмотров 3–4 раза в год и врачебно-педагогических наблюдений на тренировках. Это помогает определить соответствие уровня требований, предъявляемых к организму конкретной программой занятий, физическому состоянию и подготовленности занимающихся. Особое значение имеет напряженность процессов. Об этом свидетельствует степень стабильности показателей в процессе нагрузок, а также усиление деятельности физиологических систем организма, о чем можно судить по характеру общих и местных реакций, возникающих в организме во время и после завершения мышечной работы.

При проведении врачебного контроля, наблюдений оценивается организация, содержание и методика занятий, использование средств коррекции, обучение произвольному управлению дыханием, соблюдение взаимодействия дыхания адекватно движению, применение упражнений на расслабление, правильное соотношение этапов тренировки, частей урока.

Оценка воздействия тренировки на организм проверяется по степени утомляемости (примерная схема внешних признаков утомления в процессе занятий физическими упражнениями по В. А. Зотову), по изменению пульса и артериального давления. Для этого проводится измерение пульса и артериального давления до тренировки, после разминки, после основной, заключительной частей тренировки и затем через 15 мин после окончания занятий. Все эти данные заносятся в протокол, строится графически физиологическая кривая, которая должна постепенно нарастать с пиком нагрузки в основной части и постепенно снижаться в дальнейшем, доходя до первоначальных величин после последнего измерения (через 15 мин).

В) Самоконтроль.

Для инвалидов-спортсменов самоконтроль имеет очень важное значение, так как позволяет субъективно оценить приспособление организма к физической нагрузке путем ежедневных оценок им самим изменений в организме под влиянием учебно-тренировочного процесса или соревнований.

Для этого каждый занимающийся ведет дневник самоконтроля, в который записываются дата, сон, настроение, самочувствие, работоспособность, содержание тренировки (время проведения занятий: утро, день, вечер), пульс (утром, до тренировки, после тренировки, через 15 мин), отмечает нарушения режима. Это позволяет врачу и тренеру объективно оценить влияние на организм как отдельных тренировок (занятий), так и вообще занятий адаптивной физической культурой.

Педагогический контроль.

Педагогический контроль за занимающимися предусматривает оценку уровня развития их физических качеств.

Для определения быстроты применялись любые возможные для инвалидов действия, выполняемые на время, например, хлопки руками спереди и сзади (количество раз за 15 с).

Чтобы определить выносливость, предлагается выполнить движение на максимально возможное время (бег на месте, проплывание дистанции, гонки в колясках и т.п.).

Равновесие – самое уязвимое качество у инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата. Предлагается тест стоя на одной ноге или двух (одна стопа в продолжении другой), руки в стороны, глаза закрыты, сохранять это положение максимально возможное время.

Гибкость определялась следующим образом: из исходного положения стоя на гимнастической скамейке занимающийся выполняет наклон вперед – измеряется расстояние от кончиков пальцев до края скамейки (плюс, если пальцы рук находятся ниже плоскости опоры, минус, если пальцы рук испытуемого не достают до скамейки).

При оценке специальных физических качеств спортсмену предлагается контрольное выполнение тех или иных спортивных действий, характеризующих скоростные, скоростно-силовые качества, скоростную выносливость, силу. Это пробегание, проплывание, гонки в коляске на определенную дистанцию, выполнение тех или иных метаний, бросков и т. п. в зависимости от вида спорта.

Так, например, в плавании, при определении скорости осуществляется прохождение дистанции 25 м и 50 м всеми способами. При этом измеряется время прохождения дистанции и количество гребковых движений.

Выносливость характеризуется временем проплывания на время 200, 400 м для женщин и 400, 800, 1500 м для мужчин.

Скоростная выносливость определяется по времени проплывания 100-метровой дистанции любыми возможными способами на время.

В легкой атлетике скорость характеризуется временем прохождения 30- или 60-метровых дистанций, в том числе на протезах или в колясках (в последнем случае дистанция равна 60 и 200 м).

Выносливость: бег 500 м у женщин, 1000 м у мужчин, гонки в колясках на 1500 м у мужчин.

Тестом на скоростно-силовые качества может служить прыжок в длину с места (в см). Этот тест применяется и у инвалидов с односторонней ампутацией нижних конечностей.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аристова, Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: учеб. пособие. / Л.В. Аристова – М.: Советский спорт, 2002. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 53
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-18. ТЕМА 18.1. Методы обучения самообслуживанию и хозяйственно-бытовому труду.

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «социально-бытовая адаптация».
2. Организационные основы хозяйственно-бытового труда.
3. Методика обучения восстановления навыка письма.
4. Методика обучения самостоятельной гигиене.
5. Методика обучения одевания, раздевания.
6. Методика обучения пользования бытовыми приборами.
7. Методика обучения самостоятельному приему пищи.
8. Методика обучения выполнения простейших видов домашних дел.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

1. Понятие «социально-бытовая адаптация».

Социальная адаптация обеспечивает приспособление человека с инвалидностью к его социальной среде за счет умения анализировать текущие социальные ситуации, осознания своих возможностей в данной социальной обстановке, умения контролировать свое поведение в соответствии с основными целями деятельности. Существуют две особые формы социальной адаптации: девиантная (приспособление к сложившимся социальным условиям с нарушением принятых ценностей и норм поведения); патологическая (приспособление к социальной среде за счет использования патологических форм поведения, вызванных функциональными расстройствами психики).

Система социальной адаптации включает различные виды адаптивных процессов: производственная и профессиональная адаптация; бытовая; досуговая; политическая и экономическая; адаптация к формам общественного сознания (наука, религия, искусство, мораль и пр.); к природе

и др. Любой вид социальной адаптации требует от людей необходимых способностей. Характер и степень адаптации либо дезадаптации личности зависит во многом от биологических, физиологических, психических свойств человека и их социального развития.

В практике социальной адаптации наиболее широко используются следующие методы формирования социально-бытовой ориентировки и привития навыков самообслуживания:

- упражнения (планомерно организованная деятельность, предполагающая многократное повторение каких-либо действий с целью формирования определенных навыков и умений);
- моделирование воспитывающих ситуаций (инвалиду создаются такие условия, когда он становится перед необходимостью выбрать определенное решение из нескольких возможных вариантов);
- инструктаж (он обеспечивает понимание задач и способов осуществления определенных действий, последовательности выполнения операций, а также типичные приемы их использования).

Бытовой труд, как и любая трудовая деятельность, требует умения анализировать предстоящую работу, планировать ее, осуществлять самоконтроль. Обучая инвалидов общетрудовым умениям, специалист не только формирует у них самостоятельность в домашнем труде, но и решает важнейшую задачу – коррекцию недостатков умственной деятельности [38].

Занятия по социально-бытовой адаптации не сводятся только к овладению умением вести домашнее хозяйство. Задачи данного направления значительно шире. Умственно отсталые инвалиды в силу особенностей их развития не могут самостоятельно приобретать знания и умения, кроме того, они имеют относительно меньшие возможности общения с окружающим миром. Поэтому занятия предусматривают активное включение инвалидов в окружающую их жизнь. В связи с этим обязательным является наличие экскурсий, с помощью которых проживающие в интернате расширяют свои знания и представления об окружающем, развивают наблюдательность, внимание, учатся действовать в новых условиях. Кроме того, в рамках данного направления воспитательной работы решается такая задача, как отработка коммуникативных моделей поведения в наиболее типичных ситуациях.

2. Организационные основы хозяйственно-бытового труда.

Социально-трудовая реабилитация направлена на восстановление либо формирование трудовых навыков. Технология трудовой реабилитации инвалидов включает ряд форм: трудовую занятость, трудовое обучение, трудовая терапия, трудоустройство. В основу разграничения этих форм положен организационно-правовой принцип, под которым подразумевается соответствие клинического статуса и функциональных возможностей инвалида требованиям, предъявляемым ему характером и условиями труда.

Трудовая занятость – необходимость занятия инвалида трудом. Как правило, связано с элементарной бытовой деятельностью по самообслуживанию, созданию уюта, порядка, чистоты в комнатах. Занятия элементарным хозяйственно-бытовым трудом позволяет инвалидам вступать в социальные связи с персоналом и другими больными, делает возможным лучше ориентироваться в окружающей обстановке. Трудовая занятость инвалидов напрямую соотносится с проблемой профессиональной реабилитации инвалидов, профессиональной ориентацией и переобучением. Трудовая терапия – это направленное вовлечение инвалида в трудовую деятельность с целью воздействия трудом на психофизиологические функции организма и их максимально возможное восстановление. Трудовая терапия выступает как лечебный фактор: способствует физическому и интеллектуальному развитию, коррекции двигательных функций, нормализации общих физиологических параметров организма, улучшению психологического состояния. Особенностью трудотерапии является возможность дозирования нагрузки: длительности выполнения трудового задания, кратности, сложности. Фактор дозирования позволяет соразмерить вид и характер труда с потенциальными возможностями и особенностями инвалида. Благоприятное воздействие труда в системе реабилитационных мероприятий является клинически установленным фактом. Трудовые движения и операции стимулируют физиологические процессы, мобилизуют волю, дисциплинируют, приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, направляют активность в русло предметной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Занятие трудом раскрывает перед инвалидами перспективу восстановления способностей общения в процессе труда, формирует осознание причастности к общей деятельности.

3. *Методика обучения восстановления навыка письма*

Нейропсихологический анализ функции письма включает в свой состав следующие звенья: слуховое восприятие звуков, из которых состоит слово, выделение фонем, которые необходимо перевести в буквы, далее, в процессе анализа звукового состава, идет проговаривание ("прощупывание" звукового состава слова с помощью букв и языка). Вслед за выделением звукового состава слова начинается процесс перевода выделенных или произнесенных звуков ("фонем" или "артикулем") в букву, обозначающую этот звук ("графему"). Но для написания слова недостаточно его расчленить на отдельные звуки, необходимо расположить их (а также и буквы) в соответствующем порядке. И, наконец, пишущий должен соединить отдельные элементы письма в целые "кинетические" мелодии, плавно переключаясь от одной линии к другой, или от одной буквы к следующей. Кроме того, в основе функции письма всегда лежит инициация написания, осознание необходимости сделать это. Каждое выделенное звено связано с нарушением или недоразвитием совершенно разных факторов.

Потеря навыков письма, как правило, является следствием пареза правой руки и афазии. Если в результате афазии и пареза правой руки произошла потеря навыков письма, больного до того времени, пока не восстановятся движения в правой руке, учат писать левой рукой. Наилучшее время для этих занятий - через 2 - 4 недели после перенесенного инсульта. Эти учения обязательно должны проводиться в положении сидя за столом.

Сначала больного нужно обучить писать отдельные прописные буквы (целые строки). После этого, больной должен учиться писать простые слова, которые состоят из 3 - 4 букв, например, "стол", "кот", "еда", "рука" и т.д. (целые строки). Сначала больной должен списывать заданные буквы и слова. После этого больному предлагают писать эти слова уже по памяти. Сначала он должен прочесть слово, потом листок с написанным словом убирают, и больной должен по памяти записать его на чисто листе. Начинают с простых слов ("вода", "нога"), потом переходят к более сложным, например, "обучение", "телевидение", "собеседование". После этого обучают написанию целых фраз.

И последний этап - это написание диктанта. При этом пользуются тем же принципом, что и выше: сначала диктуют простые слова, затем более сложные, а в конце переходят к целым фразам. Диктуя, слова надо произносить достаточно четко. Заниматься следует ежедневно, сначала по 30-40 минут в день (в первый месяц), потом уже и до часа от одного до трех раз в день.

4. *Методика обучения самостоятельной гигиене.*

Необходимо воспитывать у инвалидов систематическую потребность в использовании культурно-гигиенических навыков в повседневной жизни таких как: умывание, мытье рук с мылом, чистка зубов, полоскание рта после приема пищи, уход за телом, за волосами, за ушами, за одеждой, стрижка ногтей на руках и на ногах, т.к. здоровьесберегающие мероприятия начинаются с личной гигиены. Эти процедуры, доведенные до систематизма и результативности, добавляет уверенности и уважения к самому себе. Главное, чтобы ребенок или молодой человек понимал суть этих гигиенических процедур, понимал для чего это необходимо делать. Можно предположить, что педагоги и воспитатели не считали нужным давать данную информацию человеку с инвалидностью, находясь в полной уверенности, что он ничего не понимает. Нельзя недооценивать особенных людей. Надо относиться к ним, как к обычным людям, и вы увидите, что все гораздо лучше, чем вы себе это представляли.

Каждый родитель должен знать и в перспективе предполагать, на, что способен его ребенок. Надо давать возможность ребенку самостоятельно выполнять как можно больше действий. Ставить перед ним задачи и помогать ему их осуществить. Главное не делать все за него, так как это не только не поможет, но и навредит ему. Перед тем как начинать действовать, родитель должен объяснить ребенку, что для достижения результата

понадобится время и немало усилий. Родитель должен подготовить его к работе и не напугать напором. В общем, действия должны быть адекватными и ситуационно продуманными.

Чистка зубов. Начинать надо с правил держания щетки в руке. Объяснить, что щетина должна находиться на зубах. Далее показать в каком направлении должна двигаться щетка (сверху вниз, из стороны в сторону, а также совершать круговые движения). Если у ребенка ДЦП этот процесс будет неторопливым, но главное, чтобы он был и был самостоятельным. Родитель может помочь ребенку только на финальной стадии, можно сказать, поставить последний штрих. Нельзя забывать и про язык, ведь на нем находится около 80% бактерий живущих в ротовой полости. молодой человек с чистыми зубами. После чистки наступает время полоскания. А вот это уже более сложная задача. Очень часто у детей с ДЦП плохо работают мышцы щек, губы и т. д., то есть именно те органы, которые участвуют в процессе полоскания. Но это дело в принципе поправимое, так как их можно разработать. Естественно не стоит ожидать 100% результата, но многое может измениться. Предлагайте ребенку погонять воду во рту, активно шевелить щеками, двигать губами, надувать щеки.

Еще сложнее научить ребенка самому умываться. Для начала следует приучить малыша к воде. Для этого лучше всего затеять водные игры: пустить на воду кораблик, искупать куклу, достать со дна тазика затонувшую игрушку. На втором этапе нужно поиграть в умывание – потереть руки одна о другую, провести ладошками по лицу. Если ребенок не повторяет действия сам, работать «рука в руке». На заключительной стадии обучения переходим непосредственно к водным процедурам. Если водичка теплая, взрослый никуда не спешит, подбадривая и поощряя малыша, то процедура умывания доставит ребенку большое удовольствие. В это время желательно разговаривать с ребенком, называть и показывать части тела, предметы гигиены, предложить ему назвать или показать мыло, полотенце, кран, водичку.

5. *Методика обучения одеванию и раздеванию.*

При надевании пуловера/рубашки клиентов с гемипарезами, верхними парапарезами учат одеваться таким образом: в положении сидя или стоя нужно вставить руки в рукава, затем поднять их вверх, просунуть голову в горловину. Если человек не может поднять руки, нужно пропустить сначала голову, но в этом случае будет трудно попасть рукой в пройму. В положении лежа научиться надевать одежду гораздо труднее. При надевании брюк/юбки для пациентов с гемипарезами, верхними парапарезами, тетрапарезами, нижними параплегиями методику одевания определяет вид поражения. Если человек сидит на стуле, он нагибается, чтобы вставить ноги в штанины и поднять их до бедер, затем встает, чтобы дотянуть их до талии. Если человек лежит на спине, он поднимает одну ногу, затем другую, чтобы натянуть

брюки до бедер, затем поднимает таз, чтобы натянуть их до талии. Если человек не в состоянии поднять таз, для надевания одежды необходимо перекатывание с боку на бок.

Во время раздевания: пуловер/рубашка. Если человек может сделать движение назад плечом, он освобождает с помощью доминирующей руки плечо с обратной стороны. Если нет, он захватывает верхний край пуловера со стороны спины одной или двумя руками, пропускает в горловину пуловера подбородок, нагибается и стягивает пуловер, пропуская голову, а затем освобождая руки. Для этого требуется хорошая фиксация головы и туловища. Раздевание может осуществляться в положении стоя, сидя на стуле, сидя «по-турецки» на ковре. Для людей, которые не могут удерживать положение сидя очень сложно предложить определенную технику раздевания, нужно адаптироваться к их возможностям (при раздевании бывает достаточно владеть захватом ладонью, который должен быть довольно крепким).

При раздевании: брюки/юбка. Применяется для людей с гемипарезами, парапарезами, нижними параплегиями. В позиции стоя человек спускает брюки до бедер, затем садится, чтобы освободить голени. В позиции лежа он освобождает ягодицы, спускает брюки поочередно с каждой ноги, затем полностью снимает брюки.

Обучение застегиванию пуговиц - долговременный и трудный процесс. Застегивание требует хорошего захвата большим и указательным пальцами доминирующей руки. Сначала человека учат вставлять пуговицы (продолговатые деревянные, картонные) в отверстия, затем - застегивать и расстегивать пуговицы, начиная с больших, при этом петли должны быть немного больше необходимого размера. Следующий этап - обучение человека застегиванию собственной одежды, положенной перед ним на столе, затем - застегиванию одежды на себе. Для обучения предпочтительна одежда из шерсти, петли должны быть крупнее, чем на его обычной одежде.

При обучению обуванию и шнурованию наиболее оптимальные положения для обувания: - сидя на стуле, ноги на полу, корпус наклонен вперед; - сидя на стуле, ноги на подставке, на высоте чуть ниже стула; - сидя на полу, колени согнуты. При обучении шнурованию необходимо развивать захват большим и указательным пальцами. Если есть какие-либо проблемы, то сначала тренируются на деревянной обуви (макете), используя шнурки разного цвета, чтобы было легче запомнить механизм шнурования. Шнурки должны быть с толстым наконечником. Затем используются шнурки одного цвета. Человек шнурует обувь, поставленную перед ним на столе пяткой к нему. В случае затруднений со шнуровкой необходимо повторять операцию каждый раз сначала. Для завязывания шнурка узлом необходимо научить человека скрещивать шнурки, образуя круг, пропуская один конец шнурка внутрь этого круга.

Обучение пользованию вспомогательными средствами при одевании/раздевании. Происходит обучение пользованию палочкой с

крючком. Производится демонстрация одевания одежды с помощью палочки. Сначала обучают пациента правильному захвату палочки, далее, помогая ему, осуществляют захват одежды и натягивают ее. Затем пациент пытается выполнить эту операцию самостоятельно.

При обучении пользованию приспособлениями для надевания колгот и носков. Демонстрируют пациенту последовательность надевания колгот и носков. Сначала на приспособление, расположенное на коленях, натягивают колготы, затем опускают его вниз, удерживая за тесемки, и натягивают на ноги вместе с надетыми на него колготами.

6. *Методика обучения самостоятельному приему пищи*

Работая с детьми-инвалидами часто приходится видеть, что родители считают своего малыша неспособным выполнить самые элементарные действия по самообслуживанию, сделать простую домашнюю работу. Этим они создают полную его зависимость от взрослых, воспитывают эгоиста и иждивенца. Такая позиция глубоко неправильна. Дети с особенностями в развитии вполне в состоянии выполнять некоторую простейшую работу по дому: помочь вытереть пыль, убрать со стола посуду, полить цветы или удалить с них сухие листья. Им вполне по силам убрать за собой игрушки и книги.

Сформировать у детей бытовые навыки можно. Для этого нужно многократное повторение каждой операции, объяснение задания простыми, понятными словами. Очень полезно использовать такую черту, характерную для детей с особенностями, как подражание. Начиная повторять какое-либо действие за взрослым, малыш сам через какое-то (возможно продолжительное) время справится с поставленной задачей.

Для того, чтобы научить ребенка есть самостоятельно, существуют специальные способы. Показывая малышу, как есть ложкой, надо изначально управлять его рукой. Со временем руку можно только слегка придерживать, а затем и отпустить вовсе.

Бывает ребенок отталкивал ложку, но педагог должен настойчиво продолжали вкладывать ложку ему в руку. Со временем ребенок перестанет сопротивляться и сам начнет брать ложку, а затем и самостоятельно есть. Бывает на обучение самостоятельному приему пищи уходит до 5 месяцев настойчивого труда, но результат того стоит.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ОСНОВНАЯ:

1. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в

которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]. ; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.

2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.

3. Инвалидность и общество. Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию БелОИ. г. Минск, 4 июля 2008 г. / редкол.: Э.И. Зборовский [и др.] – Минск: ОО БелОИ и др., 2009. – 292 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 54
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-18. ТЕМА 18.2. Методы обучения элементам социально-средовой адаптации

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Понятие «социально-средовая адаптация».
2. Организационные основы социально-средовой адаптации.
3. Методика обучения некоторым профессиональным навыкам.
4. Методика обучения проведения досуга и отдыха.
5. Методика обучения пользования компьютером.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

1. Понятие «социально-средовая адаптация».

На первом месте среди видов социальной реабилитации и абилитации находится социально-средовая адаптация, которая ориентирована на создание оптимальной среды жизнедеятельности инвалидов, обеспечение условий для восстановления или компенсации их социального статуса и утраченных общественных связей. Предлагается для теоретического обоснования социально-средовой адаптации понятие «мобильного гражданства», предложенное Айвой Онг. Под «мобильным гражданством» понимается «положение людей с ограниченными возможностями в обществе и их право формировать условия и способы своей жизнедеятельности». Следовательно, данная концепция описывает условия и возможности нормализации жизни людей с ограниченными возможностями в сферах занятости, образования, медико-социальных сервисов, ведь именно состояние среды определяет влияние ограничений жизнедеятельности на повседневную жизнь инвалида. Именно отсутствие мобильности в широком смысле, ограничения передвижения, информации и доступности определяют особенности жизни людей, в том числе имеющих физические или умственные ограничения жизнедеятельности. В рамках теории мобильного гражданства логично

рассматривать и диагностировать такие социальные категории, как социальный и экономический статус, занятость, семейное положение и семейные роли, гендерные отношения, в зависимости от степени и динамики включенности и участия людей с инвалидностью в различные сферы социальной среды.

2. *Организационные основы социально-средовой адаптации.*

Для адекватного выполнения задачи определения мероприятий по социально-средовой адаптации инвалида необходимо продиагностировать его социально-средовой статус и социально-средовой потенциал. Другими словами, необходимо выявить, каковы на настоящий момент контекстовые факторы конкретного инвалида, какие средовые показатели ограничивают мобильность, а какие — помогают преодолеть различные барьеры инвалиду, что делает его зависимым, а что — независимым в конкретной для него среде. Именно полученные диагностические данные позволят разработать программу социально-средовой реабилитации инвалида. Таким образом, первый этап — диагностический. Диагностическими методами на этом этапе выступают социологическая анкета, опрос, беседа и психодиагностические методики, определяющие качество жизни, например, «Индекс жизненной удовлетворенности» (в адаптации Н.В. Паниной) и др. Следует учитывать, что на момент диагностики у инвалида есть определенный объективный и субъективный социально-средовой статус.

Объективный статус включает:

- место жительства инвалида;
- уровень и разносторонность образования и профессиональной подготовки;
- профессиональная пригодность в основной профессии, наличие других квалифицированных специальностей;
- возможность приобретения другой, показанной по состоянию здоровья, профессии (при профессиональной непригодности в основной профессии);
- наличие условий для рационального трудоустройства;
- экономическое положение инвалида и его семьи, а также ответы на следующие вопросы:

1. Имеет ли человек с ограничениями жизнедеятельности доступ к различным сферам жизни?
2. Интегрирован ли он в те сферы жизни, которые важны для него?
3. Может ли он обеспечить свое существование в этих жизненных сферах?
3. Может ли он быть независимым и самостоятельным в этих сферах жизни?

Субъективный статус (личностный) показывает, в первую очередь, удовлетворенность инвалида своей жизнью в данном статусе.

Следовательно, можно говорить о высоком, среднем, низком социально-средовом статусе.

Высокий социально-средовой статус предполагает, что инвалид независим в основных для себя видах жизнедеятельности, т.е. его социальные навыки не нарушены, он активно участвует в жизни своих (значимых) референтных групп.

Средний социально-средовой статус сигнализирует о необходимости участия других людей в функционировании инвалида (например, требуется вербальная помощь, сопровождение и т.п.), либо о нарушении социальных навыков (инвалид не работает при такой возможности), либо о снижении функционирования инвалида в малых группах (проживает одиноко и пр.).

О низком социально-средовом статусе стоит говорить при зависимости инвалида от посторонней помощи (самостоятельное выполнение привычных действий невозможно или небезопасно, либо эти привычные действия занимают неразумное количество времени или требуют приспособлений).

Ориентируясь на социально-средовой статус инвалида, можно определить и его социально-средовой потенциал. Как справедливо указывает М.Ф. Шунтерманн, «во всех прежних концепциях состояние человека с ограничениями оценивалось врачами, психологами или другими специалистами в области здравоохранения или социального обслуживания. Но свое слово должен сказать и сам человек с ограничениями. Такое самоопределение человека с ограничениями достигается при использовании подхода субъективного опыта». Социально-средовой потенциал как компонент реабилитационного потенциала инвалида определяет возможность расширения сфер жизнедеятельности за счет восстановления или компенсации нарушений, обусловленных социально-средовыми факторами. Следовательно, оценка социально-средового статуса инвалида дает возможность определить, каковы ресурсы личности и среды для достижения самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности инвалида.

Критериями для определения социально-средового потенциала выступают:

- компенсация или восстановление социально-бытовых навыков (самообслуживания, самостоятельного передвижения, обучения и пр.);
- компенсация или восстановление социальных навыков;
- компенсация или восстановление обычного (в соответствии с полом, возрастом и пр.) функционирования как в малых группах (например, в семье), так и в обществе в целом.

При диагностике определяются также и потенциальные способности инвалида и возможности их реализации, т.е. социально-средовой потенциал инвалида. Оценка реализации подразумевает ответы на вопросы, как инвалид способен функционировать в конкретной социальной среде, как он вовлечен в реальные жизненные ситуации, как способен применить свой жизненный опыт. Главной

задачей при определении социально-средового компонента реабилитационного потенциала выступает выявление возможностей качественного «проживания» ситуации инвалидом, т.е. как можно более полное его включение в процесс социализации или ресоциализации, что может привести к компенсации ограничений жизнедеятельности и выходу инвалида на более качественный уровень жизни.

Следовательно, можно говорить о высоком, среднем, низком социально-средовом потенциале, а также об отсутствии такого потенциала у инвалида.

Высокий социально-средовой потенциал предполагает, что инвалид независим в основных для себя видах жизнедеятельности, т.е. его социальные навыки не нарушены, он активно участвует в жизни своих референтных групп.

Средний социально-средовой потенциал сигнализирует о необходимости участия других людей в функционировании инвалида (например, требуется вербальная помощь, сопровождение и т.п.), либо о нарушении социальных навыков (инвалид не работает при такой возможности), либо о снижении функционирования инвалида в малых группах (проживает одиноко и пр.).

О низком социально-средовом потенциале стоит говорить при зависимости инвалида от посторонней помощи (самостоятельное выполнение привычных действий невозможно или небезопасно), либо эти привычные действия занимают неразумное количество времени или требуют приспособлений.

Социально-средовой потенциал отсутствует в ситуациях, когда инвалид проживает один и не способен выполнять привычные действия самостоятельно, отказывается от социальных услуг и от социальных контактов.

3. Методика обучения некоторым профессиональным навыкам.

Вовлечение в трудовую деятельность людей с инвалидностью преследует широкие цели, имея в виду перспективу обучения трудовым навыкам и трудоустройство с последующей интеграцией в общество. Первым шагом обучения профессиональным навыкам является трудовая терапия.

Трудовая терапия используется в индивидуальных и групповых формах. Как считает О. А. Богданова, при групповых формах работы трудовая терапия активизирует, организует и коллективизирует деятельность больных, оказывает положительное влияние на формирование ценностных ориентаций и потребностей. В процессе трудотерапии происходит становление личности, преодолеваются психологические комплексы, формируются новые межличностные взаимоотношения; человек вовлекается в коллективную деятельность, в результате чего повышается уровень его адаптации в социуме. Требованием к организации трудотерапии выступает обеспечение многообразия трудовых процессов и постепенного их усложнения, поддержания интереса к труду, психологический комфорт, постоянное наблюдение лечащим врачом и трудинструктором. Наиболее важная функция трудовой терапии инвалидов – это выявление трудовой

ориентации. Воздействие трудового процесса направлено на обучение инвалидов, привитие им навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового и производительного труда, формирование профессиональных навыков, накопление социального опыта с последующей интеграцией в социум.

Восстанавливающая трудотерапия включает тренировку пострадавших функций и использование заместительных функций при выполнении определенных операций, необходимых для жизнеобеспечения в быту, или при выполнении трудовых операций. Предлагаемые трудовые операции должны соответствовать индивидуальным возможностям и интересам, побуждать к самостоятельности и творчеству, приносить удовлетворение, мотивировать к восстановлению трудоспособности. Осваиваемые навыки и умения должны иметь общественную и личностную ценность, практическую направленность. Учебные тренирующие или производственные задания по своей структуре, объему или времени должны быть посильными, но при этом выполнять тренирующую роль и вызывать дозированное напряжение психофизиологических систем организма больного.

Таким образом, трудовое обучение инвалидов заключается в том, чтобы подготовить личность, обладающую социально значимыми качествами, определенными знаниями и профессиональными навыками, способную адаптироваться в коллективе и повседневной жизни.

Трудовое воспитание детей с ограниченными возможностями ставит своей целью подготовку работников, способных самостоятельно и на профессиональном уровне выполнять несложные виды работ на производственных предприятиях в условиях обычного трудового коллектива. Трудовое обучение решает задачу всестороннего развития, вносит существенный вклад в физическое, умственное, эстетическое и нравственное развитие. Расширение рамок охвата детей-инвалидов образованием позволяет обеспечить им достойную жизнь и в дальнейшем приносить пользу обществу.

4. Методика обучения проведения досуга и отдыха.

При организации досуговой деятельности молодых инвалидов в целях их оптимального вхождения в социокультурное пространство и восстановления социокультурных связей, необходимо ориентироваться на наличие специализированной политики государства, учитывающей индивидуальные особенности данной группы населения.

Государственная политика в отношении молодых людей с ограниченными возможностями является важнейшей составляющей социокультурной политики страны, учитывает особенности здоровья данной категории, специфику современной общественной ситуации, характер и степень дифференцированности различных групп инвалидов, опирается на правовые основания, что является необходимым условием конструктивной организации культурно-досуговой деятельности молодых инвалидов [3].

В отношении молодых инвалидов, культурно-досуговая деятельность представляет собой процесс создания условий для организации свободного времени,

связанный с реализацией их потребностей и интересов, обладающий личностно-развивающим характером, социально-ценностной ориентацией и самореализацией.

Участие в различных видах досуговой деятельности является необходимой областью социализации, самоутверждения и самореализации молодого инвалида, но ограничено, в связи с недостаточным уровнем развитости и доступности.

5. Методика обучения пользования компьютером.

В наши дни знание компьютера является обязательной составляющей общей грамотности и образованности человека. Знание основ работы на компьютере – это и доступ к информации всего мира через «Internet», и возможность устроиться на хорошую работу. Возможности компьютера столь велики, что все большее количество людей находят ему применение в своей работе, учебе, быту.

Обучение компьютерной грамотности дает инвалиду все необходимые начальные навыки работы с компьютером, столь необходимые в современном мире. Полезная и доступная информация простым языком – таков принцип обучения. Методика обучения позволяет повысить уровень знаний инвалидам, владеющих азами компьютерной грамотности. При обучении необходимо учитывать индивидуальные особенности инвалидов. Контингент их бывает различный, как по уровню знаний, так и по интеллектуальному уровню, поэтому для каждого человека нужен индивидуальный подход. Актуальность методики продиктована необходимостью восстановления независимого социального статуса инвалида. Процесс обучения строится от простого к более сложному материалу, так, чтобы неудачи не травмировали человека.

Составляющие успеха при обучении инвалидов:

- Учет уровня знаний инвалида. Этот фактор играет важную роль при обучении. Исходя из подготовленности инвалида, инструктор должен подбирать уровень изложения материала, т.к. работа ведется на конечный результат - усвоение инвалидом изложенного материала.

- Взаимосвязь теории и практики. Сама по себе теория ничего не стоит, если инвалид не сможет ее применить при решении конкретных практических задач. Необходимо больше ставить перед ним жизненно важных практических задач и способствовать их решению.

- Избирательность в обучении. Необходимо учить тому, что действительно понадобится в работе инвалиду: овладение навыками текстового редактора, построение электронных таблиц, создание рисунков и слайдов, поиск информации в «Internet», регистрация электронной почты на бесплатном почтовом сервере и др.

- Применение обучающих программ, справочных материалов, которые способствуют лучшему усвоению материала. При обучении допустимо отступление от традиционной системы: «от теории – к практике». Учитывая пожелания инвалида можно сразу приступить к практике.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
2. Логвин, И. Работаем с особой семьей. Рекомендации по работе с семьей, в которой родился ребенок с особенностями психофизического развития / И. Логвин, Е. Бойко. – Мн.: ОО «БелАПДИиМИ», 2009. – 32 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В. А. Лисовский [и др.]; под ред. С. П. Евсеева. – М. : Советский спорт, 2001. – 320 с.
2. Варенова, Т. В. Коррекционная педагогика: учеб.-метод. комплекс для студ. спец. "Социальная работа" / Т. В. Варенова. – Минск: ГИУСТ БГУ, 2007. – 112 с.
3. Инвалидность и общество. Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию БелОИ. г.Минск, 4 июля 2008 г./ редкол.: Э.И. Зборовский [и др.] – Минск: ОО БелОИ и др., 2009. – 292 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 55
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-19. ТЕМА 19.1. Цель, задачи, функции, принципы, средства и методика креативных телесно-ориентированных практик.

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Цель и задачи креативных телесно-ориентированных практик.
2. Функции (творческая, самовоспитания, развивающая, рекреативно-оздоровительная, ценностно-ориентационная, эстетическая, зрелищная, коммуникативная, гуманистическая), принципы (гуманистической направленности, приоритетной роли микросоциума, социализации, дифференциации и индивидуализации, учета возрастных особенностей, оптимальности и вариативности, профилактической направленности) креативных телесно-ориентированных практик у различных категорий инвалидов.
3. Средства и методики креативных телесно-ориентированных практик.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

1. Цель и задачи креативных телесно-ориентированных практик.

Главная цель креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных видов адаптивной физической культуры заключается в обеспечении возможности для творческого развития и самовыражения занимающихся через движение, музыку, образ путем интеграции компонентов физической культуры и искусства, объединения духовно-телесных составляющих человека с отклонениями в состоянии здоровья и инвалида. Реализация этой цели позволяет приобщать данную категорию населения нашей страны к доступным видам деятельности, способным обеспечить самоактуализацию, самопознание и самопонимание, удовлетворение от активности; снятие психологических напряжений, устранение «мышечных зажимов», коррекцию негативных состояний и, в конечном счете, вовлечение в занятия другими видами адаптивной

физической культуры и, в перспективе, – в профессионально-трудовую деятельность.

Основными задачами креативных (художественно-музыкальных) видов адаптивной физической культуры являются:

1) развитие креативных (творческих) и эстетических способностей у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья;

2) обеспечение возможностей для развития сферы чувств, соучастия, сопереживания, самовыражения своего состояния, настроения, духовной сущности человека в сфере двигательной практики;

3) преодоление психологических комплексов, снятие «мышечных зажимов» с помощью физических упражнений, музыки, танцев, сюжетных игр и т.д. и т.п.;

4) активизация мыслительного процесса и познавательного интереса, овладение навыками общения и коллективного творчества, совершенствование коммуникативной деятельности;

5) приобщение к искусству и другим видам творческой деятельности, к видам адаптивного спорта, связанным с искусством (танцы в колясках, фигурное катание и др.);

6) приобщение к другим видам адаптивной физической культуры и доступным областям профессионально-трудовой деятельности.

При проведении занятий по креативным телесно-ориентированным практикам рекомендуется выполнять ряд условий:

– создание естественной стимулирующей среды, в которой занимающийся чувствует себя комфортно и защищено, проявляя творческую активность;

– подбор заданий, соответствующих возможностям занимающегося, исключение негативных оценок их действий, идей, результатов, поощрение фантазий и творчества;

– «оживление» абстрактных символов, усиление положительной мотивации к занятиям и личной заинтересованности участников занятий в происходящем;

– реальное проживание, проигрывание, прочувствование всевозможных воображаемых и реально существующих в жизни ситуаций;

– использование метода перенесения смысла с одного познаваемого объекта на другой за счет применения метафор (перенесение одного образа в другой – более сложный и семантически более богатый), аналогий (вскрывает внутреннюю сущность объекта, делает «необычное знакомым», понятным для занимающегося), аллегорий (сопоставление несопоставимого) и других идеальных образований, составляющих универсальный механизм творческой деятельности и играющих немалую роль в художественном осмыслении действительности.

2. *Функции (творческая, самовоспитания, развивающая, рекреативно-оздоровительная, ценностно-ориентационная, эстетическая, зрелищная, коммуникативная, гуманистическая),*

принципы (гуманистической направленности, приоритетной роли микросоциума, социализации, дифференциации и индивидуализации, учета возрастных особенностей, оптимальности и вариативности, профилактической направленности) креативных телесно-ориентированных практик у различных категорий инвалидов.

Самыми главными функциями креативных телесно-ориентированных видов адаптивной физической культуры являются творческая (что прямо указывается в названии видов), развивающая, воспитательная (самовоспитания) и личностно-ориентационная. Что касается развивающей функции, то необходимо иметь в виду, что в креативных видах двигательной активности акцент в процессе занятий делается не на развитие моторики занимающихся, а на формирование и развитие их личностных качеств – интеллекта, воображения, эмпатии и др.

Большими воспитательными возможностями обладают средства искусства, художественно-музыкальные способы воздействия на занимающихся, их участие в театрализованной деятельности и др. Значительные резервы креативных телесно-ориентированных практик имеются для формирования навыков самонаблюдения, самооценки, самоконтроля, самоорганизации.

Следует отметить, что именно в этом виде адаптивной физической культуры имеются наибольшие возможности для формирования аксиологической (ценностной) концепции жизни человека, ценностных ориентаций, мотивов, интересов. Это объясняется взаимоусиливающими влияниями интегрированных средств физической культуры и искусства, художественного осмысления и трактовки действительности.

Коррекция негативных психологических состояний, осуществляемая в креативных телесно-ориентированных практиках, возможность вытеснения предшествующей личностной позиции дают основания для утверждения о большом значении рекреативно-оздоровительной функции в этом виде адаптивной физической культуры. Вид деятельности занимающихся, применяемые средства, методы, организационные формы занятий креативными телесно-ориентированными практиками позволяют выделить еще ряд функций адаптивной физической культуры в число ведущих. Здесь имеются в виду эстетическая, зрелищная, коммуникативная и гуманистическая функции.

Что касается принципов адаптивной физической культуры, то среди них в креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практиках доминирующее положение занимают социальные принципы: гуманистической направленности, приоритетной роли микросоциума, интеграции и социализации. Велика роль и специально-методических принципов, таких, как дифференциация и индивидуализация, учет возрастных особенностей, оптимальность и вариативность, профилактическая направленность.

3. Средства и методики креативных телесно-ориентированных практик

Безусловно, творческий аспект присутствует во всех перечисленных компонентах (видах) адаптивной физической культуры, однако именно здесь он является главной, ведущей целью, самой сущностью данного вида АФК. Именно в креативных телесно-ориентированных практиках единение духовного и телесного начал человека в процессе занятий физическими упражнениями является обязательным, неременным атрибутом деятельности, без которого она в принципе не может существовать.

Фрагменты, элементы, а иногда и хорошо научно-методически оформленные системы креативных телесно-ориентированных практик используются в сказкотерапии, игротерапии, формокоррекционной ритмопластике, антистрессовой пластической гимнастике, двигательной пластике, системе психосоматической саморегуляции, ментального тренинга, в системе целостного движения, в лечебной релаксационной пластике, в телесно-ориентированной психотехнике актера, психогимнастике и др.

Все это лишний раз подтверждает реальную практическую востребованность данного вида адаптивной физической культуры и, по мнению автора этой главы, невозможность «втиснуть» креативные телесно-ориентированные практики в адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, адаптивную двигательную рекреацию и физическую реабилитацию. Креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные виды адаптивной физической культуры дают возможность занимающимся перерабатывать свои негативные состояния (агрессию, страх, депрессию, тревожность, отчужденность), проиграть свои внешние и внутренние ощущения, лучше познать и понять себя; совместно переживать ситуации с другими людьми (детьми и взрослыми); экспериментировать со своим телом и движениями; развивать эстетические чувства и получать сенсорное удовлетворение и радость от ощущений собственного тела.

В настоящее время креативные телесно-ориентированные практики получили наибольшее развитие в психиатрии, психотерапии, в нетрадиционных системах оздоровления.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА: ОСНОВНАЯ

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт,

2005. – 296 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Кралина, Н.Л., Креативные телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры / Н.Л. Кралина, Т.В. Андрюхина // Валеопедагогические проблемы здоровьесформирования у детей, подростков и молодежи. - Материалы IV межвузовской студенческой научно-практической конференции. Екатеринбург, 12 декабря 2008 г. / ГОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т.» - Екатеринбург, 2008. - 99 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 56
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(7 семестр)

М-19. ТЕМА 19.2. Цель, задачи, функции, принципы, средства и методика экстремальных видов двигательной активности

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Цель и задачи экстремальных видов двигательной активности.
2. Принципы интеграции, приоритетности микросоциума, социализации, компенсаторности, дифференциации и индивидуализации, учета возрастных особенностей экстремальных видов двигательной активности.
3. Особенности применения средств и методик экстремальных видов двигательной активности у различных категорий инвалидов.
4. Средства и методики экстремальных видов двигательной активности.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

1. Цель и задачи экстремальных видов двигательной активности.

Главной целью экстремальных видов адаптивной физической культуры является борьба с монотонией, однообразием в жизни, преодоление психологических комплексов неполноценности (неуверенности в своих силах, недостаточного самоуважения); формирование потребности в значительных напряжениях как необходимом условии саморазвития и самосовершенствования.

Достижение данной цели позволяет реализовывать профилактику состояний фрустрации, апатии, депрессии, страхов жизни (общения, ответственности, позора, несоответствия нормам, быть виновным и т.п.), смерти (старения, увядания, одиночества и т.п.); создавать у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья ощущения полноценной, полнокровной жизни.

К основным задачам экстремальных видов двигательной деятельности относятся:

- 1) формирование чувства собственного достоинства, самоуважения путем преодоления критических ситуаций, связанных с риском и опасностью;
- 2) адаптация к повышенному напряжению, экстремальным ситуациям, выработка умений и навыков преодоления опасности и риска, формирование активной жизненной позиции;

3) демонстрация потенциальных возможностей человека с отклонениями в состоянии здоровья и инвалида в управлении двигательными действиями в экстремальных условиях, требующих повышенного напряжения;

4) преодоление психологических комплексов неполноценности, профилактика состояний фрустрации, апатии, депрессии, страхов жизни и смерти, наркотической и алкогольной зависимости и др.;

5) формирование у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья ощущений полноценного, полнокровного существования, повышение уровня качества их жизни.

В качестве важнейших условий применения экстремальных видов адаптивной физической культуры должны выступать:

– наличие технических предпосылок обеспечения абсолютной безопасности выполнения двигательных заданий;

– наличие у специалистов адаптивной физической культуры сформированных и отработанных умений и навыков оказания занимающимся физической помощи и страховки;

– совершенное владение специалистами по адаптивной физической культуре техникой выполнения и демонстрации экстремальных упражнений, наличие у них иллюстративных материалов (видеозапись, фотографии и т.п.) с демонстрацией выполнения экстремальных двигательных действий инвалидами;

– наличие средств оказания первой медицинской помощи в местах проведения занятий по экстремальным видам адаптивной физической культуры.

2. Принципы интеграции, приоритетности микросоциума, социализации, компенсаторности, дифференциации и индивидуализации, учета возрастных особенностей экстремальных видов двигательной активности.

Ведущими принципами экстремальных видов двигательной деятельности являются социальные, а именно – интеграции, приоритетной роли микросоциума и социализации. Среди специально-методических принципов, прежде всего, необходимо выделить принципы компенсаторной направленности, дифференциации и индивидуализации, учета возрастных особенностей.

В экстремальных видах адаптивной физической культуры ведущими функциями являются: престижная, социализирующая и интегративная. Преодоление себя, самоутверждение, завоевание своего социального пространства, принятие тех или иных ролей в иерархии взаимоотношений сверстников в микросоциуме – вот далеко не полный перечень действий занимающихся, позволяющих подтвердить приоритетность перечисленных функций. Преодоление страха и боязни выполнения рискованного двигательного задания приводит к выделению гипофизом занимающегося эндорфинов–гормонов счастья и даже эйфории, а это, в свою очередь, выдвигает в качестве ведущей функции экстремальных видов адаптивной физической культуры гедонистическую. Профилактика состояний фрустрации, апатии, депрессии, различных страхов, преодоление психологических комплексов с помощью экстремальных видов двигательной активности подчеркивают значимость

профилактической и коррекционно-компенсаторной функций в данном виде адаптивной физической культуры.

3. Особенности применения средств и методик экстремальных видов двигательной активности у различных категорий инвалидов.

К отличительным чертам экстремальных видов адаптивной физической культуры относятся следующие. Наличие риска, повышенное психическое напряжение, новые, опасные условия выполнения двигательных заданий – вот главные отличительные черты экстремальных видов адаптивной физической культуры.

Для адаптивной физической культуры принципиально важно, чтобы риск и опасность для занимающегося были субъективными, то есть не несли бы реальной угрозы для здоровья, и тем более жизни людей, включенных в экстремальную двигательную деятельность. Отсюда следует, что для лиц с отклонениями в состоянии здоровья, и особенно инвалидов, экстремальными упражнениями могут быть самые обычные для здоровых людей двигательные действия (прыжок в глубину, прыжок в глубину спиной вперед, лазанье по канату, гимнастической стенке; такие виды спорта, как велоспорт, туризм, прыжки на батуте, и т.п.) и что здесь совершенно не следует стремиться к использованию реально опасных и рискованных для здоровья и даже жизни людей двигательных заданий. Главное состоит в том, что занимающиеся воспринимали их как опасные и рискованные упражнения, выполнение которых сопряжено с преодолением чувства страха.

Для того чтобы риск и опасность при использовании экстремальных двигательной активности были бы действительно только субъективными, специалисты по адаптивной физической культуре обязаны предусмотреть все необходимые меры обеспечения безопасности, в том числе и для случаев неадекватных действий занимающихся. Кроме того, они должны хорошо владеть умениями и навыками оказания физической помощи и страховки.

4. Средства и методики экстремальных видов двигательной активности.

Важнейшей отличительной особенностью экстремальных видов адаптивной физической культуры является возможность в полной мере использовать так называемый эндорфиновый эффект. Эндорфины – это морфиноподобные вещества, вырабатываемые гипофизом в различных ситуациях, в том числе в результате напряженной физической активности, и прежде всего в период опасности и преодоления страха. По своему эффекту эндорфины способны оказывать болеутоляющее и успокаивающее действие, вызывают у занимающихся ощущение счастья и даже эйфории, помогают преодолеть чувства депрессии, тревожности, беспокойства.

Следующая отличительная особенность экстремальных видов двигательной активности базируется на социально-психологических эффектах, возникающих у человека, преодолевшего страх. В этот момент у него формируются ощущения собственной элитарности, повышается самооценка. Таким образом, занятия

экстремальными видами двигательной активности способствуют самоутверждению личности, повышают самоуважение, позволяют занять соответствующее место в микросоциуме, укрепить свой авторитет в глазах сверстников. Так же, как и в креативных телесно-ориентированных практиках, в экстремальных видах адаптивной физической культуры возникает возможность вытеснения из сознания занимающихся предшествующего мировосприятия и мироощущения, полного переключения на другой вид деятельности. Однако в экстремальных видах двигательной активности это достигается использованием ситуаций, связанных с риском, с преодолением чувства страха. В настоящее время экстремальные виды двигательной активности получили развитие в антинаркотической профилактической работе с детьми, подростками и молодежью.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА: ОСНОВНАЯ

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Евсеев, С.П. Адаптивная физическая культура: учеб. пособие. / С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова. – М.: Советский спорт, 2004. – 240 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Бароненко, В.А. Двигательная активность – ведущий универсальный фактор оптимизации жизнедеятельности и биопрогресса // В.А. Бароненко. - Валеология. 2003. №1. С.7-14.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 57
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(8 семестр)

М-20. ТЕМА 20.1. Основы медицинской реабилитации

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Содержание медицинской реабилитации.
2. Современная концепция последствий болезни.
3. Классификация нарушений, номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.
4. Цель, задачи, принципы, структура системы медицинской реабилитации и абилитации.
5. Основные отличия реабилитации от лечения.
6. Технология медицинской реабилитации.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Основные направления медицинской реабилитации:

- ранняя диагностика болезни (травмы);
- своевременная госпитализация;
- полноценное лабораторно-инструментальное обследование;
- раннее комплексное лечение (режим, диета, медикаменты и др.);
- контроль за динамикой болезненного процесса и эффективностью лечения;
- определение прогноза течения болезни;
- диспансерное наблюдение за больными после выписки из стационара с проведением лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

Таким образом, своевременное и полноценное лечение имеет решающее значение в эффективности реабилитационных мероприятий. Следовательно, лечение и реабилитация – это неразрывные части единого процесса. Следует напомнить об одном неверном положении, высказанном Г.Раском, который назвал реабилитацию третьей фазой лечения. Речь шла о том, что реабилитация следует после острой фазы болезни и фазы выздоровления. Это положение неверно, так как реабилитационные мероприятия следует начинать как можно раньше, разумеется, с учетом состояния больного.

Итак, медицинские мероприятия (медицинская реабилитация) объединяют лечебные меры, направленные на восстановление здоровья. Их следует начинать тотчас по выявлении заболевания и проводить комплексно с использованием всех средств, способствующих развитию компенсаторных процессов

и приспособительных реакций организма. Медицинские мероприятия в большинстве случаев проводятся на всех этапах реабилитации и нередко надолго сохраняются в плане диспансерного обслуживания.

Создана стройная система реабилитации больных и инвалидов, включающая в себя:

- создание в амбулаторно-поликлиническом звене ряда кабинетов восстановительного лечения (физиотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и др.), объединенных в единый комплекс отделений восстановительного лечения. При многих из них были организованы группы здоровья, которые, кроме реабилитационного, имеют и профилактическое предназначение;
- в стационарном звене были созданы как самостоятельные реабилитационные отделения, так и специализированные больницы восстановительного лечения для реабилитации определенных контингентов больных. К их числу относятся организованные в послевоенные годы госпитали для восстановительного лечения раненых и инвалидов Великой Отечественной войны. В системе поэтапной реабилитации лиц, перенесших инфаркт миокарда, большое значение принадлежало 24-дневному бесплатному лечению в специально созданных для этой цели санаториях;
- широкая сеть домов отдыха, санаториев, в т.ч. специализированных;
- создание профильных специализированных центров реабилитации (областные, республиканские), главным образом на базе НИИ и университетов.

Концепция последствий болезни является теоретической концепцией реабилитации и инвалидности. Она разработана экспертами ВОЗ как дополнение к МКБ IX и издана в виде Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Концепция последствий болезни рассматривает их на трех усложняющихся уровнях:

- органном – нарушение функций;
- организменном – ограничение категорий жизнедеятельности;
- социальном – социальная недостаточность (дезадаптация).

При хронических заболеваниях последствия болезни проявляются постепенно, при острых (инсульт, инфаркт) они могут проявиться сразу на трех уровнях.

Схему развития болезни можно представить следующим образом:

| | | |
|---|---|--|
| Нарушение функции органа (дефект, материализация процесса) – органический уровень | Ограничение жизнедеятельности (объективизация) – органический уровень | Социальная недостаточность (социализация и недостаточная интеграция в общество) – социальный уровень |
|---|---|--|

Последствия болезни на трех уровнях – это 3 грани патологического процесса, которые возникают одновременно (при острых заболеваниях) или

последовательно (при хронических болезнях), но на определенной стадии заболевания существуют одновременно как триединая целостность. Среди них жизнедеятельность является связующим звеном «нарушениями» и «социальной недостаточностью».

Концепция последствий болезни существенно снижает круг объектов реабилитации, так как многие заболевания вызывают однородные последствия, что позволяет реабилитологу владеть методами МР при самой разной патологии и обосновывает специальность «врач-реабилитолог» (широкого профиля).

Первые последствия болезни проявляются морфологическими изменениями, приводящими к нарушению функции одного или нескольких органов и систем. В классификации они обозначаются как нарушения (дефект) и представляют собой материализацию болезни (патологического процесса) на органном уровне.

I этап болезни - нарушения функции (дефект), по данным ВОЗ, – любая утрата психической, физической или анатомической структуры (или функции) или отклонение от нее.

Классификация основных функциональных нарушений:

- *Умственные* – сопровождаются нарушением интеллекта, памяти, инертностью процессов, недостаточной концентрацией внимания.
- *Психологические* – личностные особенности: некоммуникабельность, застенчивость, малословие.
- *Речевые* – нарушения речи: афазия (моторная, сенсорная, сенсомоторная или тотальная, амнестическая), дизартрия, заикание, немота.
- *Слуховые* – вызывают нарушения ориентации, обучения, контроля за своим поведением.
- *Зрительные* – те же, что и слуховые, а также нарушение передвижения, самообслуживания.
- *Висцеральные* нарушения (последствия поражения внутренних органов):
 1. сердечно-сосудистые заболевания;
 2. патология органов дыхания;
 3. желудочно-кишечного тракта;
 4. печени;
 5. эндокринной системы;
 6. обмена веществ
- *Локомоторные* нарушения:
 - костно-мышечной системы
 - нервной системы;
 - сердечно-сосудистой системы.
- *Уродующие* нарушения.
- *Прочие* нарушения.

Второй этап болезни – болезнь проявляется на организменном уровне и объективизируется как ограничение жизнедеятельности, которое возникает в результате нарушения функции.

▪ *Жизнедеятельность* – это способность осуществлять деятельность способом или в рамках, обычных для человека. Она включает сложные формы жизнедеятельности человека, объединяющие физические, психологические и социальные функции человека в рамках целостного организма, благодаря которым организм способен выполнять сложные действия (само-, взаимосообслуживание, домашнюю работу, учебу, работу на производстве и др.). Жизнедеятельность – показатель состояния организма в целом (тогда как «нарушение» – дефект – показатель состояния отдельного органа или системы), отражающий выполнение человеком сложных биосоциальных функций, таких как: ориентация, обучение, передвижение, общение (социальная интеграция), контроль поведения, самообслуживание, способность к труду. Они составляют семь основных критериев (категорий) жизнедеятельности, оценка которых является важнейшей задачей экспертизы и реабилитации.

Ограничение жизнедеятельности возводит барьеры в существовании больного, препятствуя доступу его в различные инфраструктуры общества, снижает возможность занять должное место в обществе, ставит больного в невыгодное положение по сравнению со здоровыми, что создает его дискриминацию и ухудшает качество жизни. Таким образом, ограничение жизнедеятельности приводит к последствиям на социальном уровне, вызывает социальную недостаточность.

Каждый из критериев оценки жизнедеятельности может нарушаться изолированно или в комплексе с другими способностями и вызывать различную степень социальной недостаточности. Поэтому ее характеристика требует специальной оценки по каждому критерию (передвижение, самообслуживание, ориентация, контроль своего поведения, общение, обучение, трудоспособность).

Передвижение – способность эффективно передвигаться в своем окружении, обеспечивая мобильность человека. Эта способность может быть расширена и компенсирована за счет использования транспорта, других средств, протезов и вспомогательных устройств, облегчающих передвижение.

Степень мобильности определяется состоянием и интегрированной деятельностью многих органов и систем: локомоторного аппарата (костно-мышечно-суставная система, включая ее иннервацию и кровоснабжение), систем ориентации (зрение, слух, вестибулярный аппарат, осязание), психической деятельности и др. Однако, в первую очередь, передвижение зависит от состояния локомоторных функций, нарушение которых рано сказывается на этой способности, тогда как поражение других систем вызывает его ограничение только при значительной и резкой их выраженности, когда одновременно нарушаются и другие способности организма.

Для оценки передвижения используются следующие параметры:

- Расстояние, на которое больной может передвигаться (отправочная точка – постель).
- Темп.
- Характер походки (нормальная, измененная).

- Возможность использования транспорта (общественного и личного).

По данным Министерства здравоохранения 4,5% от общего числа детей (возраст от 0 до 18 лет) имеют те или иные отклонения в развитии.

Все эти дети нуждаются в специальном коррекционном образовании, соответствующем их особым образовательным потребностям.

В настоящее время для таких детей существует разветвленная дифференцированная сеть в системе специального образования, включающая:

- дошкольные образовательные учреждения компенсирующего вида;
- специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии;
- образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Существуют специальные коррекционные группы в дошкольных учреждениях общего вида и специальные коррекционные классы в школах.

Специальное образование включает около 1950 специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии с I по VIII виды. В них обучаются дети с нарушениями интеллекта, слуха, зрения речи, опорно-двигательного аппарата и с задержкой психического развития.

Специальные коррекционные образовательные учреждения VIII вида создаются для детей с нарушениями интеллекта (с умственной отсталостью). По данным Министерства образования в них обучаются примерно 70% от общего числа обучающихся во всех специальных (коррекционных) образовательных учреждениях. Около 6 тысяч детей с нарушениями интеллекта обучаются в специальных (коррекционных) классах школ.

Как показывает статистика, из всех нарушений здоровья, нарушение интеллекта является самой распространенной.

Эта категория детей имеет нервно-психическое недоразвитие из-за необратимого поражения головного мозга. Многочисленные исследования школьников показали, что у детей с нарушениями интеллекта недостаточно развиты психофизические качества: мышление, речь, память, зрительное восприятие, пространственная ориентировка, фонематический слух, моторика пальцев рук и др. Все это сопряжено с аномальным развитием двигательной сферы. Важнейшим направлением в учебно-воспитательной работе с такими детьми является коррекция нарушений психофизического развития средствами физической культуры.

Физическая культура в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях осуществляется в тесной связи с умственным, нравственным, эстетическим воспитанием, трудовым обучением и не только способствует коррекции психофизического развития, но и является одним из средств успешной социальной реабилитации и интеграции детей в общество.

Адаптивная физическая культура является видом физической культуры для лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов, содержащим в себе комплекс эффективных средств их физической реабилитации и социальной адаптации в обществе.

Исходя из этого физическая культура в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях является адаптивной.

Адаптивная физическая культура включает следующие виды: адаптивное физическое воспитание, адаптивную физическую рекреацию, адаптивную физическую реабилитацию и адаптивный спорт.

В специальных (коррекционных) образовательных учреждениях VIII вида большое распространение получил адаптивный спорт, содержание которого направлено у лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов не только на формирование высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах, но и на физическую реабилитацию и социальную адаптацию. В настоящее время он развивается в рамках Специального олимпийского движения.

История адаптивного спорта для лиц с нарушением интеллекта (с умственной отсталостью), получившего свое развитие в рамках движения «Спешл Олимпикс», уходит своими корнями в 60-е годы. В 1963 году родная сестра президента США Кеннеди, открыла в своем доме летний лагерь для детей и взрослых с нарушениями интеллекта с целью изучить их физические способности к различным видам спорта. В 1968 года создается в качестве благотворительной организации Special Olympics International – SOI.

В настоящее время в мире наиболее известны две международные организации, которые проводят тренировки и соревнования для лиц с нарушением интеллекта: Special Olympics International и International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability – INAS-FID (Международная спортивная федерация для людей с нарушением интеллекта) создана в 1986 году и является членом Международного паралимпийского комитета.

Специальное олимпийское движение в России развивается с 1990 года. В настоящее время в нашей стране более 5 тыс. детей и взрослых занимаются по программе Специальной Олимпиады, работают 7 местных отделений, организованы постоянные занятия по 17 видам спорта.

Основной целью Специальной Олимпиады является содействие средствами физической культуры и спорта успешной реабилитации, социальной адаптации и интеграции в общество инвалидов с умственной отсталостью.

В развитии адаптивной физической культуры и спорта немаловажное значение имеет специальное образование. Так как значительная часть из всех детей с отклонениями в развитии обучается именно в системе специального образования, возможно использование положительного опыта и накопленного потенциала учителей физической культуры по работе с такой категорией детей. В школьные годы формируется потребность в физическом совершенствовании через урочные, внеурочные и внешкольные формы занятий.

Есть опыт, когда спортшколы открывают свои отделения на базе коррекционных учреждений, где секции по видам спорта ведут учителя этих школ.

Активизируя работу по организации различных спортивно-массовых и тренировочных мероприятий в системе специального образования с привлечением специалистов из дополнительного образования (ДЮСШ, СДЮШОР), можно значительно увеличить количество занимающихся не только физической культурой, но и адаптивным спортом.

Практика показывает, где регулярно проводятся тренировочные занятия и спортивные состязания с учащимися специальных (коррекционных) школ, там появляются победители всероссийских и международных соревнований.

В последнее время Минобразование уделяет пристальное внимание развитию АФК и спорта в системе специального образования. Кроме соревнований среди детей с ограниченными возможностями здоровья с 2003 года Минобразование России, впервые за 15 лет, стало организовывать ежегодно курсы повышения квалификации по проблеме «Современные подходы к физкультурно-оздоровительной работе с детьми с отклонениями в развитии» для учителей физкультуры коррекционных образовательных учреждений, инструкторов ЛФК, сотрудников кафедр АФК ВУЗов и специалисты по АФК.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов: учеб. пособие / В.А. Лисовский, С.П. Евсеев, В.Ю. Голофеевский, А.Н. Мироненко. Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2001. – 320 с.
3. Литош, Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии: Учеб. пособие / Н.Л. Литош. – М.: Спорт-Академ-Пресс, 2002. – 140 с.
4. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 58
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(8 семестр)

М-22. ТЕМА 22.1. Законодательная база Республики Беларусь по предупреждению инвалидности и социальной защите инвалидов

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Основы правового положения инвалидов.
2. Виды социальной помощи инвалидам.
3. Обеспечение инвалидам условий для получения образования и профессиональной подготовки.
4. Трудоустройство инвалидов.
5. Условия труда и отдыха инвалидов.
6. Права и обязанности нанимателей, использующих труд инвалидов.
7. Экспертиза профессиональной пригодности инвалидов.
8. Нормативные документы, регламентирующие принципы и этапы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.
9. Типы реабилитационных учреждений.
10. Условия достижения реабилитационного эффекта.
11. Роль реабилитационного потенциала в предупреждении инвалидности.
12. Понятие безбарьерной среды для инвалидов.
13. Перспективы развития различных направлений деятельности работы реабилитационных служб.
14. Первичная, вторичная и третичная профилактика дефектов здоровья.
15. Предоставление льгот для различных категорий инвалидов.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

Каждый инвалид, который не в состоянии удовлетворить свои жизненные потребности собственными силами, имеет право на гарантированную помощь со стороны государства.

Настоящий Закон определяет государственную политику Республики Беларусь в отношении инвалидов и имеет целью осуществление эффективных мер по их социальной защите, обеспечению равенства и полноправного участия в жизни общества.

Государственные органы Республики Беларусь обеспечивают получение инвалидами образования, профессиональной подготовки и их трудоустройство. Инвалиды в Республике Беларусь обладают всей полнотой политических, социально-экономических и личных прав и свобод, закрепленных в Конституции Республики Беларусь и иных актах законодательства.

Инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства.

Дискриминация инвалидов запрещается и преследуется по закону.

Инвалидом признается лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите.

Ограничение жизнедеятельности лица выражается в полной или частичной утрате им способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

Законодательство о социальной защите инвалидов в Республике Беларусь основывается на Конституции Республики Беларусь и состоит из актов Президента Республики Беларусь, настоящего Закона, иных нормативных правовых актов Республики Беларусь.

Нормы законодательства о социальной защите инвалидов, содержащиеся в международных договорах Республики Беларусь, вступивших в силу, являются частью действующего на территории Республики Беларусь законодательства о социальной защите инвалидов, подлежат непосредственному применению, кроме случаев, когда из международного договора следует, что для применения таких норм требуется издание внутригосударственного акта, и имеют силу того правового акта, которым выражено согласие Республики Беларусь на обязательность для нее соответствующего международного договора.

Юридические лица и индивидуальные предприниматели принимают участие в реализации государственной политики социальной защиты инвалидов.

Юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям, специализирующимся на производстве технических средств социальной реабилитации для инвалидов или направляющим прибыль или полученный доход на производство товаров, оказание услуг, приобретение оборудования, содержание социально-культурных объектов и спортивных сооружений для инвалидов, устанавливаются льготы по налогообложению в порядке и на условиях, определяемых законодательством Республики Беларусь.

Для координации политики в отношении проблем инвалидности и выработки согласованных действий, направленных на обеспечение выполнения положений настоящего Закона, Правительством Республики Беларусь образуется Республиканский межведомственный совет по проблемам инвалидов. Состав совета формируется из первых лиц республиканских органов государственного управления, занимающихся вопросами социальной защиты, здравоохранения, занятости, транспорта, связи, жилищного строительства, образования, культуры, объединений инвалидов и других неправительственных организаций.

Возглавляет совет заместитель Премьер-министра Республики Беларусь. Положение о совете и его персональный состав утверждаются Правительством Республики Беларусь.

Защита прав, свобод и законных интересов инвалидов в Республике Беларусь гарантируется государством и обеспечивается в судебном или ином порядке, установленном законодательством Республики Беларусь. Гражданин республики вправе в судебном порядке оспаривать решение уполномоченного государственного органа о признании или непризнании его инвалидом. Должностные лица и другие граждане, виновные в нарушении прав, свобод и законных интересов инвалидов, несут ответственность, установленную законодательством Республики Беларусь.

Медицинская, медико-профессиональная, профессиональная, трудовая и социальная реабилитация инвалидов осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Признание лица инвалидом осуществляется путем экспертного обследования его в медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК) и вынесения соответствующего заключения. Положение о медико-реабилитационной экспертной комиссии и инструкция по определению группы и причины инвалидности утверждаются Правительством Республики Беларусь. Заключение медико-реабилитационной экспертной комиссии является официальным документом, удостоверяющим группу и причину инвалидности, а также индивидуальную программу реабилитации. Инвалиду выдается удостоверение. Форма удостоверения и порядок его выдачи устанавливаются Правительством Республики Беларусь по согласованию с общественными объединениями инвалидов.

Реабилитация инвалидов осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, определяемой на основе заключения медико-реабилитационной экспертизы государственными органами с участием представителей общественных объединений инвалидов. Индивидуальная программа реабилитации инвалида определяет конкретные объемы, виды и сроки проведения реабилитационных мер, а также виды социальной помощи. Индивидуальная программа реабилитации является документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, а также другими нанимателями.

Инвалидам гарантируется квалифицированная бесплатная медицинская помощь в государственных медицинских учреждениях. Инвалиды I и II группы обеспечиваются лекарствами по рецептам лечащих врачей, а с заболеваниями хирургического профиля - и перевязочными материалами (при наличии заключения врачебно-консультативной комиссии лечебного учреждения) с 90-процентной скидкой, а инвалиды III группы - с 50-процентной скидкой от их стоимости, если они не пользуются правом на получение лекарств на более льготных условиях. Дети-инвалиды в возрасте до 18 лет обеспечиваются лекарствами и медикаментозными средствами по рецептам лечащих врачей бесплатно. Инвалиды имеют право на преимущественное обслуживание в амбулаторно-поликлинических учреждениях и аптеках, а также на первоочередное обеспечение санаторно-курортным лечением в порядке, устанавливаемом законодательством Республики Беларусь.

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки. Органы образования совместно с органами социальной защиты и здравоохранения обеспечивают дошкольное и внешкольное воспитание детей-инвалидов, получение инвалидами среднего, среднего специального и высшего образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации. Образование и профессиональная подготовка инвалидов осуществляются в различных формах, включая обучение на дому и по индивидуальным учебным планам. Государство обеспечивает подготовку педагогических кадров специально для обучения и профессиональной подготовки инвалидов.

В целях создания наиболее благоприятных возможностей для воспитания детей-инвалидов дошкольного возраста и оказания им необходимой реабилитационной помощи в детских дошкольных учреждениях общего типа создаются условия для пребывания в них детей-инвалидов. Для детей-инвалидов, состояние здоровья которых исключает возможность их пребывания в дошкольных учреждениях общего типа, создаются специальные дошкольные учреждения.

В случае когда отсутствует возможность осуществлять воспитание и обучение детей-инвалидов в общих или специальных дошкольных учреждениях и учебных заведениях, то по желанию родителей воспитание и обучение их производятся на дому. При этом одному из родителей либо лицу, его заменяющему, предоставляются материальное обеспечение и льготы в порядке и на условиях, определяемых законодательством Республики Беларусь. Время ухода за таким инвалидом засчитывается в трудовой стаж. Соответствующие учебно-воспитательные учреждения оказывают помощь родителям в обучении детей-инвалидов на дому.

В целях всестороннего и гармоничного развития детей-инвалидов, воспитания у них общественной активности, интереса к труду, приобщения к науке, технике, искусству и спорту органы образования, другие государственные органы обязаны обеспечивать доступность внешкольного воспитания детям-инвалидам, создавая для этого необходимые условия.

Среднее, среднее специальное и высшее образование инвалидов осуществляется в учебных заведениях общего типа, а при необходимости - в специальных учебных заведениях. Учебные занятия организуются также для детей-инвалидов, проходящих курс лечения в стационарных лечебно-профилактических или реабилитационных учреждениях. Инвалидам, детям-инвалидам предоставляются соответствующие льготы при зачислении в учреждения, обеспечивающие получение высшего и среднего специального образования, в порядке и на условиях, установленных Правилами приема в высшие учебные заведения и Правилами приема в средние специальные учебные заведения, утвержденными Указом Президента Республики Беларусь от 7 февраля 2006 г. № 80 "О правилах приема в высшие и средние специальные учебные заведения" (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2006 г., № 24, 1/7253).

Инвалиды в случае положительной сдачи вступительных экзаменов при прочих равных условиях имеют преимущественное право на зачисление в высшие и средние специальные учебные заведения. Успевающим инвалидам дневной формы получения образования выплачивается стипендия независимо от получаемой пенсии, пособия. Успевающим инвалидам стационарной формы обучения выплачивается стипендия независимо от получаемой пенсии, пособия. Государство содействует в трудоустройстве молодых специалистов-инвалидов.

Детям-инвалидам, постоянно пребывающим в стационарных учреждениях, обеспечиваются этими учреждениями непрерывность воспитания и образования в органической связи с социально-бытовой и трудовой адаптацией.

Профессиональная подготовка и повышение квалификации инвалидов обеспечиваются в учебных заведениях и других организациях (специализированных или общего типа) совместно с учреждениями социальной помощи в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалидов. Материальное обеспечение инвалидов в период профессиональной подготовки и повышения квалификации осуществляется в порядке и на условиях, определяемых законодательством Республики Беларусь.

Язык жестов признается государством в качестве средства межличностного общения, обучения и предоставления услуг перевода. Лица с дефектами зрения обеспечиваются обучением по системе Брайля, доступом к аудиосредствам и крупному шрифту. Для лиц с умственными недостатками организуется система обучения легкому пониманию языка. Лицам с дефектами речи предоставляются современные технические средства общения.

Работнику, получившему инвалидность по вине нанимателя, вред во всех случаях возмещается полностью, включая компенсацию морального вреда, выражающегося в причинении нравственных или физических страданий.

Специальные меры по трудоустройству инвалидов включают в себя комплекс мероприятий, направленных на обеспечение трудоустройства инвалидов и законодательное закрепление обязательств по оказанию финансовой помощи и предоставлению льгот нанимателям, создающим рабочие места (в том числе специализированные) для использования труда инвалидов.

В целях реализации творческих и производственных способностей инвалидов и с учетом индивидуальных программ реабилитации им обеспечивается право работать у нанимателей с обычными условиями труда, в специализированных организациях, в цехах и на участках, применяющих труд инвалидов, а также заниматься предпринимательской и иной трудовой деятельностью, не запрещенной законом. Отказ в заключении трудового договора либо в продвижении по службе, увольнение по инициативе нанимателя, перевод инвалида на другую работу без его согласия по мотивам инвалидности не допускаются, за исключением случаев, когда по заключению медико-реабилитационной экспертной комиссии состояние его здоровья препятствует выполнению профессиональных обязанностей либо угрожает здоровью и безопасности

труда других лиц. Не допускается увольнение с работы по инициативе нанимателя лица, проходящего тот или иной вид реабилитации в соответствующих учреждениях независимо от срока пребывания в них.

Трудоустройство инвалидов обеспечивается государственной службой занятости и общественными объединениями инвалидов в соответствии с законодательством Республики Беларусь. Областные (Минский городской) органы по трудоустройству ежегодно разрабатывают программы по трудоустройству инвалидов, взаимодействуя при этом с общественными объединениями инвалидов, органами социальной защиты, профсоюзами. К исключительному ведению государственных служб занятости населения на всех уровнях относится создание рабочих мест для инвалидов.

Районные органы по трудоустройству непосредственно обеспечивают трудоустройство инвалидов. Их направление о приеме на работу инвалида на специально созданное или бронируемое рабочее место обязательно для нанимателя.

В целях обеспечения занятости инвалидов государственными органами с участием общественных объединений инвалидов устанавливаются нанимателям нормативы по бронированию рабочих мест для инвалидов в размере не менее пяти процентов от численности работающих (если число работающих не менее 20 человек). Порядок установления нормативов по бронированию рабочих мест и меры ответственности нанимателей за невыполнение заданий по бронированию рабочих мест для инвалидов определяются законодательством Республики Беларусь.

Наниматели обязаны выделять или организовывать новые рабочие места для трудоустройства тех работников, которые потеряли трудоспособность в результате несчастного случая на данном производстве или получили профессиональное заболевание и в результате этого признаны инвалидами. В случае невыполнения указанного требования они должны при расторжении трудового договора (контракта) с этим работником внести в Государственный фонд содействия занятости взнос, равный десятикратной годовой заработной плате данного работника.

С учетом потребностей инвалидов и местных особенностей государственная служба занятости, наниматели создают специализированные организации, цехи и участки для использования труда инвалидов. В этом случае им из Государственного фонда содействия занятости возмещаются затраты за приобретенное специализированное оборудование для создания рабочих мест инвалидов в пределах средств, предусмотренных на эти цели соответствующими программами занятости населения. Создание специализированных организаций, цехов и участков для трудоустройства инвалидов, которые предусмотрены программами областных (Минского городского) органов по трудоустройству, обязательно для соответствующих органов и нанимателей.

Порядок и условия льготного налогообложения и материально-технического обеспечения нанимателей, применяющих труд инвалидов, устанавливаются законодательством Республики Беларусь.

Работающим инвалидам нанимателем создаются необходимые условия труда и отдыха в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалидов.

Условия труда, в том числе оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, продолжительность трудового и социального отпусков, устанавливаемые в коллективном договоре (соглашении) или трудовом договоре, не могут ухудшать положение или ограничивать права инвалидов по сравнению с другими работниками.

Наниматель имеет право уменьшать инвалидам нормы выработки в зависимости от состояния их здоровья.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в государственные праздники и праздничные дни, установленные и объявленные Президентом Республики Беларусь нерабочими, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им в соответствии с медицинским заключением.

Инвалидам I и II группы устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 35 часов в неделю, а продолжительность ежедневной работы (смены) не может превышать семи часов.

Инвалиды, работающие в учебно-производственных организациях объединений инвалидов, а также в других специализированных организациях, цехах, на участках для использования труда инвалидов, имеют преимущественное право на оставление на работе независимо от производительности труда и квалификации.

Инвалидам при приеме на работу не устанавливается предварительное испытание. При сокращении численности или штата работников инвалиды при равной производительности труда и квалификации имеют преимущественное право оставления на работе. Инвалидам предоставляется трудовой отпуск продолжительностью не менее 30 календарных дней.

Местные исполнительные и распорядительные органы создают необходимые условия для организации надомного труда и предпринимательской деятельности инвалидов путем предоставления нежилых помещений для указанной деятельности, а также в приобретении сырья и сбыте продукции.

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 59
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(8 семестр)

М-23. ТЕМА 23.1. Адаптивный спорт в адаптивной физической культуре: понятия, цели, задачи, функции, методологические основы

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Адаптивный спорт как компонент адаптивной физической культуры.
2. Определение, сущность, направления.
3. Цель, содержание и задачи адаптивного спорта.
4. Функции адаптивного спорта (педагогические, социальные).
5. Связь адаптивного спорта с другими дисциплинами: теорией спорта, реабилитологией, специальной педагогикой, специальной психологией.
6. Проблемы адаптивного спорта в современном обществе и пути их решения.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

1. Адаптивный спорт как компонент адаптивной физической культуры.

АС как вид АФК предназначен для удовлетворения комплекса потребностей человека с отклонениями в состоянии здоровья, главными из которых являются самоактуализация, максимально возможная самореализация своих способностей и сопоставление их со способностями других людей, имеющих подобные проблемы со здоровьем. Кроме того в число ведущих потребностей этого комплекса входят потребности общения, преодоление отчужденности, выхода за пределы замкнутого пространства, в более обобщенном выражении социализации и социальной интеграции.

Отличительные черты АС:

1. В качестве основной установки деятельности в АС выступает стремление к максимально возможному достижению, к рекорду. Это должно стать главным звеном в потребностно-мотивационной сфере.

2. Важнейшей отличительной чертой АС является обязательность соревнований – процедуры сопоставления достижений различных людей; процедуры публичной, строго регламентированной соответствующими правилами. Именно на

соревнованиях определяются и утверждаются достижения.

3. Главной особенностью АС является система классификации спортсменов, распределение их на классы. Такое распределение осуществляется по 2 направлениям – медицинскому и по спортивно-функциональному.

4. Центральное место в АС занимает процесс подготовки спортсмена к соревнованиям, без которого немислимы рекордные достижения. Причем УТП должен предусматривать использование максимальных (предельных и околопредельных нагрузок), а, следовательно, – медицинского и научно-методического обеспечения.

5. Занятия АС не являются обязательным для инвалидов.

6. Занятия АС позволяют построить своеобразные мостики между массовым и специальным образованием

1. Определение, сущность, направления.

АС для необходимо рассматривать с позиции лечебно-педагогического процесса, с учётом трёх его **направлений**: ЛФК, с элементами спорта (реабилитационный спорт), оздоровительно-рекреативный спорт и спорт высших достижений. Каждому этапу соответствуют определённые цели и задачи, однако, они составляют единое, целое движение, переходящее из одного качественного состояния в другое. Все эти виды двигательной активности для лиц с отклонениями в состоянии здоровья существуют и могут развиваться самостоятельно. Уникальность АС заключается в том, что люди с ограниченными возможностями могут использовать эти направления в соответствии со своими желаниями.

АС развивается преимущественно в рамках крупнейших международных Паралимпийского, Специального олимпийского движений и Сурдлимпийского движения и охватывает инвалидов практически всех нозологических групп.

Взаимосвязь воспитания и самовоспитания в процессе занятий АС формирует убеждения, мотивы, установки и такие черты характера, как чувство собственного достоинства, здоровое честолюбие, терпение, твёрдость, настойчивость, ответственность и др. Сущность самовоспитания состоит в осознанном самоизменении личности. Переживание знаний о положительных качествах и недостатках способствует становлению целей и мотивов, поиску эффективных средств для систематической и самостоятельной работы над собой. Принципиальное значение имеет взаимодействие личности с внешним миром, оказывая влияние на переход воспитания в самовоспитание, от внешних нравственных норм и требований поведения к внутренним. Чем шире круг общения с другими людьми в процессе активной практической деятельности, тем больше возможностей для сопоставления, сравнения оценок и уточнения или подкрепления собственной позиции.

3. Цель, содержание и задачи адаптивного спорта.

Целью АС является максимально возможная самореализация инвалидов и лиц с инвалидностью в социальноприемлемом и одобряемом виде деятельности, повышение их реабилитационного потенциала и уровня качества жизни и, как

следствие, – социализация и последующая социальная интеграция данной категории населения, которые должны осуществляться не только не только на приспособлении этих людей к нормам и правилам жизни здоровых сограждан, но и с учетом их собственных условий.

Основные задач АС:

1. Овладение высоким уровнем спортивного мастерства в избранном виде двигательной активности и достижение максимального (рекордного) результата в конкретном виде адаптивного спорта.

2. Формирование спортивной культуры инвалида, приобщение его к общественно-историческому опыту в данной сфере.

3. Освоение мобилизационных, технологических, интеллектуальных, двигательных, интеграционных и других ценностей физической культуры.

4. Освоение характерных для АС социальных ролей и функций.

5. Расширение круга лиц для осуществления коммуникативной деятельности.

6. Повышение уровня качества жизни.

Содержание АС (как базового, так и высших достижений) направлено на формирование у инвалидов (особенно талантливой молодежи) высокого спортивного мастерства и достижение ими наивысших результатов в его различных видах в состязании с людьми, имеющими аналогичные проблемы со здоровьем. АС получил свое развитие путем совершенствования методик ЛФК, использования в них различных элементов спорта, поэтому ЛФК явилась связующим звеном при переходе от реабилитационных упражнений к спортивным. Именно поэтому применяемые на практике методики, прежде всего, используют средства и приемы ЛФК.

7. *Функции адаптивного спорта (педагогические, социальные).*

В отличие от общепринятых положений, в АС ведущую роль играют социально-психологические функции, отражающие его как социальное явление и сферу особой человеческой деятельности людей с отклонениями в состоянии здоровья. Многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов в этой области отмечают значимость АС в социализации инвалидов, их адаптации к новым условиям, интеграции и реинтеграции в обществе.

АС оказывает глубокое многостороннее воздействие на человека, развивая его духовно и физически. Это длительный процесс формирования личности, аккумулирующий в себе ценности, нормы, традиции, идеалы и правила спортивного поведения, а также накопление индивидуального опыта социальной жизни в спорте. В процессе общения происходит освоение и присвоение опыта данной общности людей, сохранение и передача его своим детям.

Выделяют основные социальные функции АС: гуманистическую, социализирующую, интегративную, коммуникативную, зрелищную и эстетическую.

Под социализацией человека понимается процесс включения его в жизнь общества, усвоение опыта социальной жизни, образцов поведения, социальных норм, ролей и функций, вхождение в социальную среду и группы.

В системе спортивных соревнований инвалидов создаются такие социальные ценности, как победа, престиж, зрелище, сопереживание.

Спорт для инвалидов – это особый мир отношений и переживаний, который увлекает, сосредотачивает внимание на новых объектах, переключает психическую деятельность, создаёт разрядку, смену эмоций и настроения. С другой стороны, это активная творческая деятельность, где инвалиды, имея в движениях эстетические погрешности, всё равно стремятся к совершенству, изменяя свои физические качества, систему движений, создавая свой индивидуальный стиль, неповторимый облик, вкладывая в него гармонию бодрости и силу духа. Это придаёт поведению, характеру, образу жизни новый колорит, который позволяет инвалиду повысить самооценку собственного «Я», чувствовать себя полезным гражданином своего общества, т.е. социализироваться в нём.

Наблюдение за поведением спортсменов-инвалидов в корне меняет отношения к ним в сторону восприятия их не как людей ущемлённых, а наоборот – как равных, достойных уважения, способных на большие свершения, чем многие здоровые люди. Это создаёт реальные предпосылки для широкого внедрения в практику этого вида социальной практики как важнейшего направления реабилитации и социальной интеграции инвалидов.

Социальный аспект интеграции инвалидов в обществе, может быть обобщён в такой форме: «Чем в большей мере удовлетворяются потребности инвалидов, тем существеннее вклад инвалидов в развитие и совершенствование общественных и государственных структур и институтов, в экономику, культуру, науку, технику образование». Раскрывая понятие «потребности инвалидов» нужно исходить из двух социально-критериальных уровней: первый – социально-психологический, или личностный уровень инвалида – то, что может и должен преодолеть сам инвалид второй – социально-экономический уровень общества.

Называют различные условия, являющиеся гарантом социальной реализации личности инвалида, основными из которых являются: результат медицинской реабилитации, равные права личности инвалида, социальное обеспечение, включая индивидуальный транспорт, техническое и методическое обеспечение профессиональное обучение и переподготовка, упразднение конструктивных преград в жилище, на месте работы, тренировок и др.

Максимальное развитие с помощью средств и методов АС жизнеспособности человека, поддержания у него оптимального психофизического состояния представляет каждому инвалиду возможности реализовать свой творческий потенциал и достичь выдающихся результатов. Инвалидность, те или иные дефекты в здоровье не могут остановить людей поистине волевых, целеустремлённых и одухотворённых. И первой ступенью на этом пути (новом для тех, кто приобрёл инвалидность в процессе жизни) может и должна стать АФК и АС, позволяющие приобрести умения и навыки, качества и способности, необходимые в любом виде человеческой деятельности, в общении субъектов между собой.

6. Проблемы адаптивного спорта в современном обществе и пути их решения.

По сложившейся в обществе системе взглядов, инвалидами и лицами с устойчивыми отклонениями в состоянии здоровья должны заниматься представители здравоохранения, социального обеспечения, образования, и в

меньшей мере физической культуры. Отмечая несомненную пользу современных технологий профилактической медицины для инвалидов, следует подчеркнуть, что АФК предполагает значительно более широкое привлечение средств и методов данного вида культуры, являющегося базой, основой социализации личности инвалида, его адаптации к трудовой деятельности или переквалификации и вообще саморазвития, самовыражения и самореализации. Адаптивный спорт (АС), как направление АФК, является не только и даже не столько средством лечения или профилактики конкретных болезней, сколько одной из форм, составляющих полноценную жизнь человека в его новом состоянии, образовавшемся в результате травмы или болезни.

Адаптивный спорт, адаптивная двигательная рекреация и другие виды АФК как раз и ставят задачи максимального отвлечения от своих болезней и проблем в процессе соревновательной или рекреационной деятельности, предусматривающей общение, развлечение, активный отдых и другие формы нормальной человеческой жизни.

В последние годы намечается тенденция увеличения интереса к новым видам АС, которые отвечают интересам, потребностям и возможностям для улучшения здоровья, реабилитации и социализации инвалидов.

В настоящее время неразработанность проблем АФК затрудняет процесс реализации ее задач на практике, сложность которого заключается в необходимости значительной, а иногда принципиальной трансформации задач, принципов, средств, методов, организационных форм основных разделов (или видов) физической культуры [188].

➤ К наиболее сложным проблемам социального характера, препятствующим развитию АС относятся: неприятие обществом основных идей гуманистической личностно-ориентированной аксиологической концепции отношения социума к данной категории населения;

➤ Неприспособленность материальной инфраструктуры, объек профессиональной, спортивной, культурной и другой направленности к проблемам нуждам инвалидов;

➤ Недостаточная координация в деятельности государственных и общественных структур (властных, исполнительных, законодательных и т.п.), занимающих проблемами инвалидов.

Таким образом, взаимодействие направляющей роли тренера и сознательной активности инвалида ведёт к постепенному перерастанию занятий АС в самовоспитание, которое в последующие годы явится фундаментом и предпосылкой активного использования ценностей АФК, физического и духовного самоутверждения, формирования здорового стиля жизни, социализации и интеграции инвалидов в общество. В этом и состоит идея гуманистического подхода к личности как высшей ценности, во всей ее телесной и духовной неповторимости и уникальности.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.

2. Евсеев, С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: учеб. пособие / С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло, В.Г. Суслиев. Под ред. проф. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2000. – 152 с.

3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.

ПЛАН
ЛЕКЦИОННОГО ЗАНЯТИЯ № 60
по учебной дисциплине
«Теория и организация адаптивной физической культуры»
(8 семестр)

М-23. ТЕМА 23.16. Особенности адаптивно-спортивной тренировки инвалидов с различными нарушениями

Время: 2 учебных часа

ВОПРОСЫ:

1. Характеристика основного дефекта, вторичных отклонений у инвалидов с различными нарушениями.
2. Особенности подбора упражнений.
3. Дозирование нагрузок в адаптивно-спортивной тренировке при различных видах патологии.
4. Нормативные требования и спортивные разряды.
5. Единая республиканская классификация.
6. Показания и противопоказания для занятий адаптивным спортом для лиц с различными нарушениями в состоянии здоровья.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ: мультимедийное сопровождение

ЗАДАНИЯ:

1. Подготовка к опросу по теме.

1. Характеристика основного дефекта, вторичных отклонений у инвалидов с различными нарушениями.

Понятие о первичном и вторичном дефектах было введено Л.С. Выготским. Первичные дефекты возникают в результате органического повреждения или недоразвития какой-либо биологической системы. Вторичный дефект имеет характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им.

Психолого-педагогическая коррекция и реабилитация детей с проблемами в развитии возможна в том случае, если определен характер нарушения нормального развития ребенка.

Первичные нарушения – это биологические по своей природе повреждения (дефекты) органов или систем (например, нарушение слухового анализатора, зрительного анализатора, локальные или массивные нарушения различных отделов центральной нервной системы.) Они могут быть врожденными или приобретенными. В возникновении врожденных нарушений важную роль играют наследственные факторы, вредные воздействия на плод в период беременности (инфекции, интоксикации, травмы), а так же родовые

травмы. Приобретенные нарушения являются последствиями перенесенных ребенком инфекционных заболеваний, травм и т.п. На детей с отклонениями в развитии оказывают существенное влияние степень и качество первичного дефекта. Вторичные отклонения, в зависимости от степени нарушения, являются в одних случаях ярко выраженными, в других – слабо выраженными, а в-третьих – почти незаметными. Степень выраженности нарушения определяет своеобразие аномального развития. Так, небольшая потеря слуха приводит к незначительным нарушениям в развитии речи, а глубокое его поражение без специальной помощи может оставить ребенка немым. То есть существует прямая зависимость количественного и качественного своеобразия вторичных нарушений развития детей с отклонениями в развитии от степени и качества первичного дефекта.

Коррекция первичных нарушений осуществляется средствами медицины. Важную роль, при этом играют достижения в развитии медицинской техники (например, слухопротезирование и имплантация в коррекции нарушения слуха, коррекция нарушения зрения очками и линзами.) Большие надежды в преодолении появления первичных нарушений в развитии у детей связывают с развитием иммунологии и генной инженерии.

Вторичные отклонения по своей природе отличаются от первичных, хотя и производны от них. Их связь не имеет однозначной органической природы и не столь безусловна, как это представлялось раньше исследователям детской дефектности. Вторичные дефекты имеют характер психического недоразвития и нарушений социального поведения, непосредственно не вытекающих из первичного дефекта, но обусловленных им. Первичный дефект может иметь характер недоразвития. Вторичный дефект является основным объектом в психическом изучении и педагогической коррекции аномального развития. Вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной зоной (недоразвитие понимания речи у детей с нарушением слуха).

Вторичные нарушения возникают только тогда, когда первичные приводят к «выпадениям» ребенка из обязательной для любого общества системы. Называя такие выпадения **«социальными вывихами»** Л.С.Выготский подчеркивал, что их можно предотвратить, если найти «обходные пути», обеспечивающие доступ детям с определенными потребностями к культуре как источнику и средству развития высших психических функций. В этих случаях вторичные нарушения не становятся неизбежным следствием первичных.

Поскольку вторичные (третичные и т.п.) нарушения не имеют прямой органической природы, они не требуют коррекции средствами медицины. Предупреждение и коррекция таких социальных по своей природе нарушений находятся в поле компетенции специальных психологов и педагогов.

Лев Семенович Выготский пристально всматривается в содержание первичного и вторичного дефекта, анализирует биологические и социальные факторы его возникновения. Сочетание теории с практикой позволило ученому вести исследовательский поиск обоснования его методических соотношений первичного недостатка и вторичных (третичных и т.д.) наслоение над ними, дефекте и проблемах его компенсации. С особой тщательностью он изучал возможности компенсации детей с определенными потребностями.

Необходимо широко использовать педагогическое воздействие на вторичные отклонения в развитии ребенка, с недостатками в развитии, так как они в значительной степени доступны коррекции. Преодоление первичного дефекта требует медицинского воздействия, которое, однако, часто оказывается малоэффективным. Игнорирование средовых факторов на ранних этапах развития, недооценка значения специального воспитания усугубляют вторичные отклонения в развитии ребенка.

2. Особенности подбора упражнений.

Всю совокупность средств спортивной тренировки, применяемую в процессе подготовки спортсменов-инвалидов, в зависимости от направленности их воздействия условно можно разделить на две группы:

- средства для ускорения восстановления работоспособности и усиления тренировочных воздействий;
- средства для становления, развития и сохранения тренированности и подготовленности спортсмена.

В зависимости от способа непосредственного воздействия на занимающегося, все средства разделяют на 5 групп:

- 1) Собственно тренировочные
- 2) Естественно-средовые факторы
- 3) Медико-биологические
- 4) Средства психологического воздействия
- 5) Материально-технические средства

Собственно тренировочные средства в свою очередь подразделяются на: соревновательные, специально-подготовительные, общеподготовительные упражнения.

Соревновательные упражнения – это целостные действия или совокупность действий, которые служат средством ведения соревновательной борьбы. В паралимпийском спорте они выполняются:

- a) С использованием технических средств перемещения спортсмена или спортивного снаряда – колясок, санок, протезной техники для верхних и нижних конечностей;
- b) С использованием технических устройств размещения спортсмена (фехтование, легкоатлетические метания);
- c) Без использования каких-либо технических приспособлений (плавание, или при ДЦП, когда спортсмен может выполнять упражнения самостоятельно).

Специально-подготовительные упражнения – это упражнения, имеющие существенное сходство с соревновательными, как по технике выполнения, так и по преимущественному проявлению физических качеств и способностей. Они подразделяются на подводящие – предназначенные в основном для освоения техники соревновательного упражнения, развивающие – для развития физических и психических способностей, соответствующих тем, которые необходимы для выполнения соревновательного действия, и комбинированные.

Общеподготовительные упражнения – это действия, которые оказывают разнонаправленное воздействие на спортсменов, способствуют развитию комплекса физических качеств и формированию разнообразных умений и навыков. Они должны обеспечивать всестороннее развитие спортсмена и, вместе с тем, отражать особенности спортивной специализации.

4. Нормативные требования и спортивные разряды.

5. Единая республиканская классификация.

Положение о Единой спортивной классификации Республики Беларусь разработано в соответствии с Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О физической культуре и спорте» в редакции Закона Республики Беларусь от 29 ноября 2003 года (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 25, ст. 299; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2003 г., № 135, 2/1000).

Настоящее Положение определяет условия и порядок присвоения спортивных разрядов и званий на основании норм и требований, определенных Единой спортивной классификацией Республики Беларусь (далее – ЕСК). Основными задачами ЕСК являются: установление единых оценки уровня мастерства спортсменов и порядка присвоения спортивных званий и разрядов; содействие развитию видов спорта, совершенствованию системы спортивных соревнований, привлечению граждан к активным занятиям спортом, повышению уровня всесторонней физической подготовленности и спортивного мастерства спортсменов.

В ЕСК определены нормативы и требования для выполнения разрядов для спортсменов-инвалидов по видам спорта, которые официально зарегистрированы в РБ. Отдельно изложены требования для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата, лиц с нарушениями слуха и лиц с нарушениями зрения.

6. Дозирование нагрузок в адаптивно-спортивной тренировке при различных видах патологии.

Применение физических нагрузок различного содержания должно строиться на основе глубокого знания функционального состояния нервно-мышечной системы и закономерностей функционирования организма инвалидов с различными нарушениями. Необходимо определить рациональные нормы нагрузок с учетом реакции организма на нагрузку. Показатели ЧСС и АД являются достаточно информативными для контроля за физической нагрузкой. Для контроля за оптимальностью физических нагрузок используют не только измерение этих показателей во время физических упражнений, но и применение функциональных проб. Они должны быть простыми и доступными, а с другой стороны обладать достаточной информативностью о функциональном состоянии аппарата кровообращения и регуляторных механизмов. Их применение помогает оценить резервные возможности организма и обоснованно подойти к назначению двигательного режима и расширению двигательной активности. К наиболее

доступным тестам относятся: ортостатическая проба, функциональная проба со стандартной нагрузкой, проба Штанге (задержка дыхания на вдохе), проба Генче (задержка дыхания на выдохе), велоэргометрия.

Важно учитывать также пиковые значения некоторых функциональных показателей: ЧСС у тетра – 121, у пара – 157, у здоровых - 180 уд./мин, пиковое потребление кислорода, соответственно – 9,8; 13,6; и 40-60 мл/кг/мин, пиковое артериальное давление – 97/66; 130/75; 190/70-80 мм рт. ст. Необходимо учитывать симптомы перегрузки.

Что касается определения оптимальной нагрузки, то для начинающих оптимальной является такая интенсивность выполнения нагрузки, которая сопровождается увеличением ЧСС до величины, составляющей 60-80% от максимальной. Таким образом, диапазон безопасных нагрузок, оказывающих тренирующий эффект, способствующих улучшению физического состояния, настроения, самочувствия, по нашему мнению, требует такой интенсивности выполнения упражнений, которая ведет к увеличению ЧСС до 100-120 уд/мин.

С повышением тренированности организма занимающихся реакция на одну и ту же нагрузку оказывается менее выраженной и сопровождается меньшей степенью увеличения ЧСС. Снижение ЧСС при нагрузке (менее 100 уд/мин) свидетельствует об утрате тренирующего эффекта, а повышение выше 120 уд/мин – о чрезмерной величине нагрузок, развивающих аэробные качества и переход на анаэробный режим работы.

При этом также определялись продолжительность циклов занятий, необходимых для приспособительных реакций. В соответствии с принципом дифференциально-интегральных оптимумов, объем и интенсивность тренировочного занятия увеличивают индивидуально и дозировано. Увеличение параметров нагрузки должно подчиняться следующему правилу: объем и интенсивность нагрузки сохраняется до тех пор, пока не произойдет стабилизация ЧСС. Затем увеличивают интенсивность нагрузки, и организм приспособляется к новым условиям двигательной деятельности. Считается, что стабильность одного из параметров нагрузки при варьировании второго позволяет системам организма более эффективно осваивать количественно-качественные формы тренировочных воздействий. Качественные изменения в организме инвалида, достигнутые путем оптимального воздействия локальных физических нагрузок различного содержания, являются основой для создания резервных возможностей лимитирующих систем. Развитием основных двигательных качеств создаются функциональные резервы организма.

Цикличность применения средств подготовки ориентировочно составляла 30 дней. Это обуславливалось следующим обстоятельством. Известно, что полная замена сократительного белка скелетных мышц человека происходит за 23 дня. 30 дней обеспечивает полную замену сократительного белка скелетных мышц и

позволяет говорить о совершившихся адаптационных сдвигах, вызванных выполнением тренировочной нагрузки.

7. Показания и противопоказания для занятий адаптивным спортом для лиц с различными нарушениями в состоянии здоровья.

Огромное значение в адаптивной физической культуре имеет объективный и субъективный допуск к тренировочным занятиям и соревновательной деятельности инвалидов с различной патологией опорно-двигательной системы, органов зрения, слуха, а также снижением интеллекта. Допуск должен осуществляться специалистами врачебно-физкультурного диспансера или других специализированных учреждений, обладающих опытом работы в данной области и квалифицированным персоналом. Решение этого важного вопроса без учета изменений, происходящих в организме человека вследствие травмы, заболевания или же ампутации конечностей, состояния регуляторных систем, адаптационных реакций, морфофункциональных изменений и других специфических особенностей, может стать причиной тяжелых осложнений, срыва компенсации и т.д. В связи с этим одним из основополагающих принципов привлечения инвалидов к физическим тренировкам является строгое соблюдение показаний, ограничений и противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом, проведение комплексных функциональных исследований различных систем организма и оценка резервных возможностей, физической работоспособности, психологической готовности, личностной мотивации и других показателей.

Физические упражнения в той или иной форме показаны практически всем инвалидам молодого и среднего возраста с двигательными нарушениями. Физкультурно-оздоровительная и спортивная работа должна начинаться после завершения этапа медицинской реабилитации в условиях специализированного стационара. Исходными условиями для занятий являются: наличие медицинских показаний и отсутствие противопоказаний; устойчивая мотивация, интерес и функциональные предпосылки; стабилизация, достигнутая в результате восстановительного лечения и реабилитационных мероприятий после травмы или заболевания.

Всем инвалидам с поражением опорно-двигательной системы показаны физические упражнения: силового, скоростного, скоростно-силового характера, для развития общей и специальной выносливости, для развития гибкости, для развития координационных способностей и др.

В настоящее время установлены ограничения и абсолютные противопоказания к занятиям адаптивной физической культурой. В большинстве случаев противопоказания определяются различными заболеваниями внутренних органов и касаются инвалидов всех категорий, независимо от причины наступления инвалидности. К этим противопоказаниям относятся:

- лихорадящие состояния, гнойные и воспалительные процессы, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные заболевания;

- сердечно-сосудистые заболевания: ишемическая болезнь сердца с выраженными нарушениями коронарного кровообращения, стенокардия покоя и напряжения, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью; аневризма сердца или аорты; мио-кардиты любой этиологии; декомпенсированные пороки сердца; тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости; сердечно-сосудистая недостаточность; гипотоническая болезнь II и III стадии;

— мочекаменная болезнь с частыми приступами, хронический диффузный нефрит с хронической почечной недостаточностью;

— хронический гепатит любой этиологии;

— хронический панкреатит в стадии декомпенсации, тяжелая форма;

— близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне, состояние после отслойки сетчатки, глаукома любой степени;

— сахарный диабет тяжелой формы, осложненный ретинопатией, нефропатией, ангиопатией и др.;

— эпилепсия со средней частотой и частыми судорожными припадками;

— остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами дисков, спондилолистезом, миелопатией, болевым синдромом, вертебробазилярной недостаточностью;

— психические заболевания (шизофрения, депрессивно-маниакальные состояния, острые психозы и прочие);

— детские церебральные параличи с резко выраженным мышечным тонусом, усеивающимся при физической активности.

Помимо этого имеются определенные ограничения и противопоказания, обусловленные непосредственно самим заболеванием или патологическим процессом, повлекшим инвалидность. Так, среди инвалидов с поражением опорно-двигательной системы особого внимания при решении вопроса о допуске к физическим тренировкам требуют лица, перенесшие травмы позвоночника и страдающие парапарезами и параплегиями. К регулярным занятиям могут допускаться инвалиды с поражением спинного мозга на различных уровнях, оперированные или прошедшие курс консервативного лечения. После легких травм или травм средней тяжести занятия могут начинаться через 6 месяцев, с постепенным увеличением нагрузки под обязательным медицинским наблюдением; после тяжелых травм — через 1 год, за исключением шейного отдела.

После перенесенной нейроинфекции занятия следует начинать в стадии ремиссии не ранее чем через год.

Сосудистый процесс в шейном отделе спинного мозга является противопоказанием для любых занятий спортом. При локализации процесса в грудном или поясничном отделах занятия могут начинаться через год после перенесенного заболевания.

После удаления доброкачественных опухолей спинного мозга занятия спортом следует начинать через 6 месяцев, в занятиях ЛФК можно использовать элементы спорта, с постепенным увеличением их объема

При заболеваниях позвоночника, в частности при остеохондрозе шейного отдела, противопоказаны резкие движения в шейном отделе, упражнения, связанные с осевыми нагрузками (бег, прыжки, соскоки), любые упражнения, сопровождающиеся болевыми ощущениями в позвоночнике. При остеохондрозе пояснично-крестцового отдела — силовые упражнения, увеличивающие осевую нагрузку, резкие движения и упражнения, усиливающие сотрясения позвоночника, упражнения, способствующие увеличению подвижности в пояснично-крестцовом отделе, любые упражнения, сопровождающиеся болевыми ощущениями.

При сколиозе противопоказаны упражнения с отягощениями (тяжелая атлетика), чрезмерная подвижность позвоночника, художественная и спортивная гимнастика, аэробика, упражнения, связанные с сотрясением позвоночника (прыжки), виды спорта с асимметричной нагрузкой и пр.

При определении возможности допуска инвалидов по зрению к физкультурным занятиям, спортивным тренировкам в первую очередь необходимо учитывать их специфические особенности, психологический и офтальмологический статус. Основными факторами, определяющими возможность участия в физкультурной и спортивной деятельности, являются: состояние здоровья, характер глазной патологии, общая физическая подготовленность и уровень психологической подготовленности. Эти критерии являются основой определения показаний ограничения и противопоказаний к физическим нагрузкам.

К заболеваниям органа зрения, не требующим ограничений при занятиях физической культурой (подгруппа А), относятся:

—наследственные тапето-ретиальные дистрофии;

—наследственные атрофии зрительного нерва;

—помутнения роговицы,

—атрофия, субатрофия глазного яблока;

—непрогрессирующий кератоконус;

—гиперметропический тип клинической рефракции;

—последствия воспалительных заболеваний сетчатки. К заболеваниям органа зрения, требующим ограничения физических нагрузок (подгруппа Б), относятся:

—глаукома компенсированная;

—высокая осложненная близорукость;

—атрофия зрительного нерва;

—макулодистрофия (без склонностей к геморрагиям и отслойке сетчатки);

—диабетическая, гипертоническая ангиопатия;

—врожденная осложненная катаракта;

—афакия.

К заболеваниям органов зрения, являющимся противопоказаниями к физическим нагрузкам, но не лимитирующим занятия ЛФК (подгруппа В), относятся:

- отслойка сетчатки (лица, перенесшие операции со сроком не менее двух лет);
- вывихи и подвывихи хрусталика;
- состояния после кератопротезирования;
- лица с ИОЛ;
- лица с эктазированными и истонченными бельмами роговицы;
- острый кератоконус;
- последствия рецидивирующих кровоизлияний в стекловидное тело;
- отслойка стекловидного тела на фоне высокой осложненной близорукости;
- гипертоническая диабетическая ретинопатия;
- последствия рецидивирующих кровоизлияний в сетчатку;
- ретиношизис;
- дистрофия сетчатки с склонностью к геморрагиям;
- глаукома некомпенсированная;
- атрофия зрительного нерва сосудистого генеза.

ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА: ОСНОВНАЯ

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры: учеб. пособие / Т.П. Бегидова. – М.: Физкультура и Спорт, 2007. – 192 с.
2. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. – Том 1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физкультуры. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 296 с.
3. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник. В 2 тт. Том 2. Содержание и методики адаптивной физической культуры и характеристика ее основных видов. / Под ред. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2005. – 448 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

1. Евсеев, С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: учеб. пособие / С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло, В.Г. Суляев. Под ред. проф. С.П.Евсеева. – М.: Советский спорт, 2000. – 152 с.