

Е. Ч. Фомичева

**ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ С ДЕТЬМИ
И ПОДРОСТКАМИ, ИМЕЮЩИМИ
ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ
ЗДОРОВЬЯ**



Учебно-методическое пособие

УДК 376.3
ББК 74.50
Ф76

Рецензенты

Н. Н. Чесноков, д-р пед. наук, профессор,
зав. кафедрой теории и методики легкой атлетики
ФГБОУ ВО «Российский государственный университет
физической культуры, спорта и туризма», г. Москва;

М. В. Курникова, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой
адаптивной физической культуры Института реабилитации
и здоровья человека ФГБОУ ВПО «Нижегородский
государственный университет имени Н. И. Лобачевского»;

Н. Г. Сычева, учитель физической культуры
МБОУ СОШ № 6, Нижний Новгород

Научный редактор

В. Т. Чичикин, д-р пед. наук, профессор кафедры теории
и методики физвоспитания и ОБЖ ГБОУ ДПО НИРО

*Рекомендовано к изданию
научно-методическим экспертным советом
ГБОУ ДПО НИРО*

Фомичева, Е. Н.

Ф76

Физкультурно-оздоровительная деятельность с детьми
и подростками, имеющими ограниченные возможности
здоровья : учебно-методическое пособие / Е. Н. Фоми-
чева. — Н. Новгород : Нижегородский институт развития
образования, 2016. — 137 с.

ISBN 978-5-7565-0702-7

Пособие разработано для обучения педагогов физической культу-
ры по учебной программе «Теория и методика преподавания физичес-
кой культуры в условиях реализации федерального государственного
образовательного стандарта». Автором систематизированы, конкрети-
зированы материалы собственных исследований и предложена система
физкультурно-оздоровительной деятельности с детьми, имеющими огра-
ниченные возможности здоровья.

Издание адресовано педагогам физической культуры, студентам
физкультурных вузов и специалистам, работающим в сфере физичес-
кой реабилитации и адаптивной физической культуры с детьми и под-
ростками, имеющими ограниченные возможности здоровья.

УДК 376.3
ББК 74.50

ISBN 978-5-7565-0702-7

© ГБОУ ДПО «Нижегородский институт
развития образования», 2016

Содержание

Введение → 5

Глава 1. Теоретико-методические основы физкультурно-оздоровительной деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья

1.1. Нормативно-правовые документы, регламентирующие содержание физкультурно-оздоровительной деятельности с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья → **8**

1.2. Основные направления физкультурно-оздоровительной деятельности с детьми и подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья → **17**

1.2.1. Особенности психофизического развития детей с ОВЗ → **17**

1.2.2. Базовые принципы организации занятий с детьми и подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья → **21**

1.2.3. Направления физкультурно-оздоровительной деятельности с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья → **31**

Глава 2. Лечебно-восстановительное направление деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья

2.1. Организационно-содержательное обеспечение занятий по лечебной физической культуре → **35**

2.2. Формы занятий лечебно-физкультурной направленности → **38**

2.3. Основы структурирования занятий лечебно-восстановительной направленности → **44**

Глава 3. Оздоровительное направление деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья

3.1. Организационно-содержательное обеспечение занятий по оздоровительной физической культуре → **50**

3.2. Современные технологии физкультурно-оздоровительной направленности в процессе физического воспитания → **59**

Глава 4. Реабилитационное направление деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья

4.1. Основы организационно-содержательного обеспечения занятий по адаптивной физической культуре → **66**

4.2. Характеристика базовых средств и методов → **68**

Глава 5. Характеристика условий для реализации системы физкультурно-оздоровительной деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья

5.1. Врачебно-педагогический контроль на занятиях по адаптивной физической культуре → **81**

5.2. Система самостоятельных занятий физическими упражнениями → **86**

5.3. Организация и содержание работы с родителями → **90**

Заключение → **95**

Глоссарий → **99**

Источники информации → **102**

Приложения → **109**

Приложение 1. Классификация физических упражнений (по В. Н. Мошкову) → **109**

Приложение 2. Классификация физических упражнений (по С. Н. Попову) → **110**

Приложение 3. Механотерапия → **111**

Приложение 4. Выбор исходного положения в лечебной гимнастике → **113**

Приложение 5. Факторы, влияющие на величину нагрузки → **115**

Приложение 6. Правила компетентных родителей → **118**

Приложение 7. Методические рекомендации по организации и проведению физкультурно-спортивного праздника для лиц с ОВЗ различных нозологических групп → **120**

Приложение 8. Контрольные материалы → **122**

Введение

В настоящее время в Российской Федерации много людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в том числе инвалидов [2, 5, 14, 22]. Оказание медико-социальной, психолого-педагогической помощи таким лицам является одной из приоритетных задач государственной и социальной политики в регионах. Особое внимание специалисты уделяют проблеме их социальной адаптации и реабилитации средствами физической культуры, потому что физкультурная деятельность открывает широкие возможности для решения задач социально-культурного воспитания детей, как здоровых, так и с различными отклонениями здоровья [39]. Как отмечают авторы, изучающие теорию и практику адаптивной физической культуры, тесная связь моторных и психических функций определяет ключевую роль физической активности для детей, имеющих нарушения психического развития. Физические упражнения являются важным фактором воздействия на функциональные возможности организма ребенка и необходимым средством в процессе восстановления здоровья после болезни [46].

За последние десятилетия практическими специалистами предложено немало реабилитационных методик для устранения и коррекции двигательных, сенсорных и психических дисфункций у детей, которые применяются в практике медицинских и образовательных организаций и являются достаточно эффективными.

Однако анализ научно-методической и специальной литературы в области физкультурно-педагогической деятельности с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья показал, что имеющаяся информация не носит системного характера и не конкретизирована по сферам деятельности для отдельных нозологий. Данное обстоятельство мешает

педагогам-практикам в ней ориентироваться, в частности, при реализации физкультурно-оздоровительной деятельности. Изучение материалов по вопросам теории и методики применения адаптивной физической культуры в работе с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, позволяет автору побольше отметить, что система организации и содержания целостного педагогического процесса не оптимизирована в должной мере. В условиях обеспечения равного доступа для всех обучающихся с учетом разнообразия потребностей и индивидуальных возможностей детей, как показывает практический опыт специалистов физической культуры, возникают дополнительные трудности, связанные с организационно-управленческим, содержательным и методическим обеспечением физкультурно-оздоровительной деятельности детей с ОВЗ.

В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» получение образования данной категорией лиц может осуществляться совместно с другими обучающимися, в отдельных классах, группах или специальных организациях по адаптированным общеобразовательным программам. Обучение, реализуемое в условиях интеграции/инклюзии, требует от педагога высокого уровня профессиональной подготовки, умения применять современные подходы и технологии в педагогическом процессе с такими детьми.

Следует отметить, что наряду с распространением уже достаточно известных технологий поиск новых путей коррекции психофизического здоровья лиц с ограниченными возможностями здоровья, повышения качества их жизни по-прежнему остается значимым. По мнению специалистов, реализация возможностей физической культуры в образовательном процессе школ может быть обеспечена при условии научно-методического обеспечения, которое предполагает обоснование использования технологий коррекционно-реабилитационной направленности [11, 15, 27].

Таким образом, проблема организационно-содержательно-технологического обеспечения физкультурно-оздоровительной деятельности лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях в настоящее время является актуальной. Необходимость систематизации имеющихся технологий физкультурно-оздоровительной деятельности и внедрения новых технологий в практику образовательных организа-

ций служит решению задач физического воспитания в условиях введения федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС) начального общего образования для обучающихся с ОВЗ, федеральных государственных образовательных стандартов основного общего образования для обучающихся с умственной отсталостью.

В данном учебно-методическом пособии, подготовленном канд. пед. наук, зав. кафедрой теории и методики физического воспитания и ОБЖ ГБОУ ДПО «Нижегородский институт развития образования» Е. Н. Фомичевой, представлены педагогические подходы, методы и приемы, наиболее соответствующие физическому и социально-психологическому состоянию обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Автором систематизированы уже имеющиеся средства, методики и технологии проведения физкультурных занятий в контексте трех направлений — лечебно-восстановительного, оздоровительного и реабилитационного — с учетом особенностей психофизического развития таких детей.

Пособие разработано для обучения педагогов физической культуры в ГБОУ ДПО НИРО по учебной программе «Теория и методика преподавания физической культуры в условиях реализации федерального государственного образовательного стандарта» и направлено на формирование их общекультурных и профессиональных компетенций. Его материалы могут быть также рекомендованы для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению/специальности «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)».

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Нормативно-правовые документы, регламентирующие содержание физкультурно-оздоровительной деятельности с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья

В соответствии с Концепцией социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года стратегической целью государственной политики в области образования является повышение доступности качественного образования, соответствующего требованиям инновационного развития экономики, современным потребностям общества и каждого гражданина.

Реализация этой цели предполагает решение ряда приоритетных задач, к которым можно отнести обеспечение инновационного характера базового образования, модернизацию институтов системы образования как инструментов социального развития, в том числе создание образовательной среды, обеспечивающей лицам с ограниченными возможнос-

тями здоровья доступность качественного образования и успешную социализацию. Идеи реализуются в рамках мероприятий национальной образовательной инициативы «Наша новая школа», которая определяет основные направления модернизации российской школы и обозначает пути повышения его качества, в том числе и для образовательных организаций, где получают образование обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья.

С учетом основных направлений образовательной инициативы школа должна обеспечить успешную социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей, и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Педагоги, работающие в «новой школе», должны быть готовы к инновационной деятельности, учитывать интересы и потребности обучающихся.

Школа должна представлять собой центр взаимодействия с родителями и организациями социально-культурной сферы для обеспечения успешной социализации лиц с ОВЗ, иметь современные материально-технические условия, включающие доступность образовательной среды, высокотехнологичное учебное оборудование, интерактивные учебные пособия и учебники, условия для занятий физической культурой и спортом.

Реализация права на образование обеспечивается введением федеральных государственных образовательных стандартов, которые будут способствовать расширению вариативности и доступности образования для всех групп детей с ограниченными возможностями здоровья, включая детей со сложными дефектами и учитывая необходимость создания для них специальных условий, неоднородность состава группы данного контингента детей (ФГОС НОО для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья), а также рядом документов.

➔ Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (Правило 6. «Образование»)

В соответствии с данным нормативным документом, принятым резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН в 1993 году, «...государствам следует признавать принцип равных возможностей в области начального, среднего и высшего образования для детей, молодежи и взрослых, имеющих инвалидность, в интегрированных структурах. <...>

Ответственность за образование инвалидов в интегрирован-

ных структурах следует возложить на органы общего образования. <...> обеспечить, чтобы вопросы, связанные с образованием инвалидов, являлись составной частью национального планирования в области образования, разработки учебных программ и организации учебного процесса.

Обучение в обычных школах предполагает обеспечение услуг переводчиков и других надлежащих вспомогательных услуг. Следует обеспечить адекватный доступ и вспомогательные услуги, призванные удовлетворять нужды лиц с различными формами инвалидности.

К процессу образования на всех уровнях следует привлекать родительские группы и организации инвалидов. <...>

Для обеспечения инвалидам возможностей в области образования в обычной школе государствам следует:

- иметь четко сформулированную политику, понимаемую и принимаемую на уровне школ и в более широких рамках;
- обеспечить гибкость учебных программ, возможность вносить в них добавление и изменение;
- предоставить высококачественные учебные материалы, обеспечить на постоянной основе подготовку преподавателей и оказание им поддержки. <...>

В случаях когда система общего школьного образования все еще не удовлетворяет адекватным образом потребностям всех инвалидов, можно предусмотреть специальное обучение. Оно должно быть направлено на подготовку учащихся к обучению в системе общего школьного образования. Качество такого обучения должно отвечать тем же стандартам и целям, что и обучение в системе общего образования, и быть тесно с ним связано. Для учащихся-инвалидов следует как минимум выделять ту же долю ресурсов на образование, что и для учащихся, не являющихся инвалидами. Государствам следует стремиться к постепенной интеграции специальных учебных заведений в систему общего образования».

→ Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями)

В данном законе определено понятие категории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, согласно которому «*обучающийся с ограниченными возможностями здоровья —*

физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК)».

Физический недостаток — подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в развитии и (или) функционировании органа человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание.

Психический недостаток — подтвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушение речи, эмоционально-волевой сферы, в том числе аутизм, последствия повреждения мозга, умственная отсталость, задержка психического развития, создающие трудности в обучении.

Инклюзивное образование обеспечивает возможности равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Учащиеся с физическими и (или) психическими недостатками нуждаются в организации специальных образовательных условий, предполагающих специальное программное обеспечение, индивидуальные технические средства обучения и среду жизнедеятельности, а также комплекс психолого-педагогических, социальных и медицинских услуг, без которых невозможно получение образования данной категорией лиц.

Общее образование лиц с ОВЗ осуществляется по адаптированным основным общеобразовательным программам: в организациях, осуществляющих образовательную деятельность совместно с другими обучающимися, с созданием специальных условий; в отдельных классах, группах; в специальных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Адаптированные образовательные программы разрабатываются для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивают коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Детям, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в том числе несовершеннолетним обучающимся, признанным в случаях и в порядке, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством, подозреваемыми,

обвиняемыми или подсудимыми по уголовному делу либо являющимся потерпевшими или свидетелями преступления, оказывается психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь в центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, создаваемых органами государственной власти субъектов Российской Федерации, или педагогами-психологами организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в которых такие дети обучаются. Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь оказывается детям на основании заявления или согласия в письменной форме их родителей (законных представителей) и включает:

→ психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;

→ коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия с обучающимися, логопедическую помощь обучающимся;

→ комплекс реабилитационных и других медицинских мероприятий;

→ помощь обучающимся в профориентации, получении профессии и социальной адаптации.

➔ Федеральный закон от 4 декабря 2007 года № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (с изменениями на 25 сентября 2015 года)

Физическая культура является частью культуры, представляющей собой совокупность ценностей, норм и знаний, создаваемых и используемых обществом в целях физического и интеллектуального развития способностей человека, совершенствования его двигательной активности и формирования здорового образа жизни, социальной адаптации путем физического воспитания, физической подготовки и физического развития.

Физическая реабилитация — восстановление (в том числе коррекция и компенсация) нарушенных или временно утраченных функций организма человека и способностей к общественной и профессиональной деятельности инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья с использованием средств и методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, которые направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья.

Адаптивная физическая культура является частью физической культуры, использующей комплекс эффективных средств физической реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Спорт инвалидов (адаптивный спорт) направлен на социальную адаптацию и физическую реабилитацию инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Развитие спорта инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья основывается на принципах приоритетности, массового распространения и доступности занятий спортом.

Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в соответствующих образовательных учреждениях, организуются занятия с использованием средств адаптивной физической культуры и адаптивного спорта с учетом индивидуальных способностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Федеральный орган исполнительной власти в области физической культуры и спорта, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления совместно с общественными объединениями инвалидов способствуют интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в систему физической культуры, физического воспитания и спорта посредством физкультурно-спортивных организаций.

→ Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в редакции от 29 декабря 2015 года)

Настоящий Федеральный закон определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации. Предусмотренные настоящим Федеральным законом меры социальной защиты инвалидов являются расходными обязательствами Российской Федерации, за исключением мер социальной поддержки и социального обслу-

живания, относящихся к полномочиям государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Инвалид — это человек, который имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид». Признание лица инвалидом осуществляется федеральным учреждением медико-социальной экспертизы. Порядок и условия признания лица инвалидом устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Социальная защита инвалидов — это система гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. Социальная поддержка инвалидов представляет систему мер, обеспечивающую социальные гарантии инвалидам, устанавливаемую законами и иными нормативными правовыми актами, за исключением пенсионного обеспечения.

Реабилитация инвалидов, как система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности, направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Основные направления реабилитации инвалидов включают комплекс мероприятий различного характера (медицинские

мероприятия, обучение и образование, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию и др.), в том числе физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт.

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки и обеспечивает получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

→ Стратегия развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года: утверждена Распоряжением Правительства РФ от 7 августа 2009 года № 1101-р

В качестве основных стратегических целевых ориентиров развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на первом этапе (2009—2015 годы) и на втором этапе (2016—2020 годы) определены:

— увеличение доли обучающихся и студентов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности данной категории населения (на первом этапе — с 34,5 процента до 60 процентов и на втором этапе — до 80 процентов);

— увеличение доли лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности данной категории населения (на первом этапе — с 3,5 процента до 10 процентов и на втором этапе — до 20 процентов).

Основными направлениями модернизации системы физического воспитания различных категорий и групп населения являются: совершенствование физического воспитания лиц с ОВЗ и инвалидов и привлечение их к занятиям спортом; улучшение физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы среди социально незащищенных слоев общества; модернизация физического воспитания в образовательных учреждениях.

→ Модельный закон «О паралимпийском спорте»: принят на 31-м пленарном заседании Межпарламентской Ассамб-

леи государств — участников СНГ постановлением № 31-13 от 25 ноября 2008 года

Паралимпийский спорт как одно из основных средств физической (физкультурно-спортивной) реабилитации лиц с ограниченными возможностями функций опорно-двигательного аппарата, зрения и интеллекта реализуется в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, детско-юношеских спортивно-адаптивных школах, детско-юношеских паралимпийских школах, центрах паралимпийской подготовки, спортивных клубах инвалидов и других организациях, осуществляющих физкультурно-спортивную работу с инвалидами и действующих в любой организационно-правовой форме. Наряду с использованием средств паралимпийского спорта, используются также разнообразные физические упражнения, процедуры закаливания, дыхательной гимнастики, массажа, иные элементы адаптивной физической культуры и адаптивного спорта.

В специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся (воспитанников) могут создаваться физкультурно-спортивные клубы, спортивные классы, а также спортивные секции (группы) по паралимпийским видам спорта.

Организация работы по паралимпийскому спорту в специальных (коррекционных) учреждениях включает в себя:

- проведение дополнительных (факультативных) занятий по паралимпийским видам спорта, занятий в спортивных секциях, спортивных школах и спортивных клубах, а также осуществление спортивно-оздоровительных мероприятий в режиме дня, которые вместе с обязательными занятиями по физической культуре удовлетворяют потребность в двигательной активности обучающихся и обеспечивают их физическую реабилитацию;

- создание условий, включая обеспечение специальным спортивным инвентарем и оборудованием, позволяющих реализовать установленные объемы двигательной активности обучающихся;

- врачебно-педагогический контроль за организацией физического воспитания и занятий паралимпийским спортом;

- реконструкцию и строительство спортивных залов, плавательных бассейнов, освещенных лыжных трасс и катков, спортивных городков и иных спортивных сооружений с тем, чтобы они были доступны и комфортны для занятий паралим-

пийским спортом обучающихся в специальных (коррекционных) учреждениях образования.

Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся (воспитанников) могут самостоятельно, с учетом местных условий и возможностей, а также интересов обучающихся, определять формы занятий паралимпийскими видами спорта, методы и продолжительность этих занятий на основе государственных образовательных стандартов с привлечением к этой деятельности спортивных клубов паралимпийского спорта, детско-юношеских спортивно-адаптивных школ (ДЮСАШ), иных спортивных учреждений и организаций.

В специальных (коррекционных) образовательных учреждениях могут вводиться должности инструкторов-методистов и тренеров-преподавателей по адаптивной физической культуре и спорту, иных специалистов по физической культуре и спорту.

1.2. Основные направления физкультурно-оздоровительной деятельности с детьми и подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья

1.2.1. Особенности психофизического развития детей с ОВЗ

В зависимости от патологии лиц с ограниченными возможностями здоровья существует несколько классификаций, разработанных учеными-исследователями. В предложенной В. А. Лапшиным и Б. П. Пузановым к основным категориям детей с ограниченными возможностями здоровья относятся:

1. Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие).
2. Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие).
3. Дети с нарушением речи (логопаты).
4. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата.
5. Дети с умственной отсталостью.
6. Дети с задержкой психического развития.
7. Дети с нарушением поведения и общения.
8. Дети с комплексными нарушениями психофизического

развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

Характер нарушений влияет на то, будет имеющийся дефект преодолен полностью либо только скорректирован в процессе жизнедеятельности ребенка. Сложность и характер аномалии (отклонения от нормы) развития ребенка определяют особенности формирования у него необходимых знаний, практических умений и навыков, а также различные формы социально-педагогической работы с ним.

В основе отклонения развития лежат органические, функциональные нарушения нервной системы или периферические нарушения определенного анализатора. В некоторых случаях они могут быть вызваны влияниями социальной среды, например, «педагогическая запущенность» вследствие неблагоприятного семейного воспитания.

Сложность структуры атипичного (аномального) развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего своеобразного развития на патологической основе.

Согласно теории развития личности Л. С. Выготского, чем дольше временной разрыв между первичным дефектом биологического происхождения и проявлениями вторичного симптома (нарушений в развитии психических процессов), тем наиболее эффективна коррекция и компенсация последнего с помощью психолого-педагогических и социокультурных средств. В процессе атипичного (аномального) развития ребенка проявляются не только негативные стороны, но и положительные возможности, которые являются способом приспособления личности ребенка к определенному вторичному дефекту. Источником приспособления детей с ОВЗ к окружающей среде является функциональный потенциал сохранных систем.

Таким образом, на развитие ребенка с ОВЗ влияет ряд факторов: вид (тип) нарушения, степень и качество первичного дефекта, время возникновения первичного дефекта, условия окружающей социокультурной и психолого-педагогической среды.

Общие закономерности дизонтогенеза детей с ОВЗ и инвалидов проявляются в низкой умственной работоспособности, недостаточной концентрации внимания, памяти, незрелости эмоционально-волевой сферы, отставании в развитии речи,

ограниченности знаний об окружающем мире, снижении моторных функций, отставании в развитии пространственных представлений [30, 31].

Так, например, по данным медико-психолого-педагогического анализа детей с нарушением слуха установлено, что более 40 % из них имеют сложную структуру дефекта, в сочетании с патологией дыхательной, сердечно-сосудистой, почечной, эндокринной, иммунной систем. У некоторых детей есть нарушения зрения, задержка психического развития, последствия детского церебрального паралича, умственная отсталость, частые простудные и инфекционные заболевания. Из вторичных нарушений в двигательной сфере отмечаются: дисгармоничное развитие — в 62 % случаев; дефекты опорно-двигательного аппарата — у 43,6 % детей; задержка моторного развития и расстройство координации движений — у 80 % детей [3, 7, 14].

Наблюдаются существенные отставания (на 1—3 года) детей с ОВЗ от здоровых сверстников в развитии физических качеств: силы основных мышечных групп туловища и конечностей, быстроты движений, выносливости, скоростно-силовых качеств, подвижности в суставах [3, 6, 20, 31].

Особенности психомоторики, интеллектуальных, эмоционально-волевых свойств определяют различия в темпах обучения и усвоения учебного материала, восприятию окружающего мира, а также обуславливают варианты психической, физической, социальной адаптации. Всестороннее развитие личности ребенка зависит от основного дефекта и требует значительных затрат времени педагогов, родителей, медицинских работников, других средств, форм и методов для его коррекции.

Процесс индивидуального развития детей с ОВЗ происходит неравномерно и неодновременно.

Возрастные периоды, в которые организм ребенка наиболее чувствителен к воздействиям (сенситивные), оказывают существенное влияние на последующие этапы развития [15, 46]. К примеру, сенситивный период развития речи — от 1 года до 3 лет, и при его упущении компенсировать потери очень трудно. Сенситивный период координации тонких и точных движений кисти и пальцев — 5—7 лет, что важно учесть при подготовке ребенка к обучению в школе [30, 31]. Для развития точности движений благоприятным является возраст от 7 до 13 лет.

Двигательные качества (мышечная сила, быстрота, вынос-

ливость) развиваются гетерохронно и имеют свои чувствительные периоды:

→ координационные способности: наибольший прирост с 7 до 12 лет;

→ скоростные качества — с 7 до 16 лет, наибольшие темпы прироста в 9—13 лет;

→ мышечная сила — с 12 до 18 лет, наибольшие темпы прироста в 14—17 лет;

→ выносливость — развитие от дошкольного возраста до 30 лет, интенсивный рост наблюдается в возрасте 14—20 лет.

По данным разных авторов, для обучения двигательным действиям чувствительным периодом считается возраст 5—10 лет. Возраст от 7 до 10—12 лет считается благоприятным для развития кондиционных и координационных способностей. Поэтому нельзя упустить его для организованной закладки потенциала двигательной активности человека [11]. Эффективность управления процессом совершенствования двигательных возможностей детей с ОВЗ повышается, если педагогические воздействия будут совпадать с физическими и психическими особенностями того или иного периода индивидуального развития.

Базовым концептуальным положением является системный подход к организованной двигательной деятельности и целенаправленному формированию личности ребенка, коррекция и развитие его познавательных способностей, сенсорных систем, психической сферы, общения, мотивов, потребностей, самовоспитания.

При разработке проблемы взаимоотношения обучения и развития для детей нормального развития и с нарушениями Л. С. Выготским были введены понятия «зона актуального развития» и «зона ближайшего развития». Оценивая развитие конкретного ребенка, важно учитывать не только актуальный уровень, то есть его возможности сегодня, но и день завтрашний — то есть зону ближайшего развития [30], которая позволяет делать научно обоснованный прогноз оптимальных сроков обучения детей с ограниченными функциональными возможностями. Выявление актуального и потенциального уровней развития, зоны ближайшего развития может быть основой нормативной возрастной диагностики для разных нозологических групп в отличие от симптоматической диагностики, опирающейся лишь на внешние признаки развития.

1.2.2. Базовые принципы организации занятий с детьми и подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья

В условиях обеспечения равного доступа для всех обучающихся с учетом разнообразия образовательных потребностей и индивидуальных возможностей детей, как показывает практический опыт специалистов физической культуры, возникают дополнительные трудности, связанные с организационно-управленческим, содержательным и методическим обеспечением процесса физического воспитания. Обучение, реализуемое в формате инклюзии, требует от педагога высокого уровня профессиональной подготовки, умения применять и использовать современные подходы и технологии в педагогическом процессе с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Главной целью развития отечественной системы школьного образования с учетом введения ФГОС является формирование личности, готовой к активной творческой самореализации в пространстве общечеловеческой культуры, на основе усвоения универсальных учебных действий, познания и освоения мира [13]. Физическая культура, являясь частью общей культуры личности и общества, также ориентирована на достижение этой цели.

Физическое воспитание для лиц с ограниченными возможностями здоровья (адаптивное) является одним из компонентов (видов) физической культуры и выполняет функцию систематической подготовки лиц с ОВЗ с детства к практической жизни, в ходе него формируются личностные свойства индивида, способность преодолевать трудности. Главная цель адаптивного физического воспитания заключается в предоставлении возможности лицу с ограничениями жизнедеятельности самому корректировать и компенсировать свои недостатки.

Система физического воспитания для лиц с ОВЗ включает обязательные учебные занятия (физического воспитания, лечебной физической культуры, адаптивной физической культуры), дополнительные (внеурочные и внеклассные) формы занятий, а также самостоятельные занятия, включающие выполнение домашних заданий.

Основными формами физкультурно-оздоровительной деятельности для детей и подростков с ОВЗ являются [41]:

→ организованные групповые и секционные занятия физической культурой и спортом (лечебная физическая культура

и коррекционные занятия в лечебно-санаторных учреждениях и реабилитационных центрах, занятия доступными видами спорта в группах и секциях, производственная гимнастика и др.);

→ самостоятельные занятия физическими упражнениями (утренняя гигиеническая гимнастика, прогулки, ближний туризм), коррекционные занятия с использованием различных средств, методов и технологий;

→ адаптивный спорт (организация и проведение соревнований по доступным видам спорта).

В рамках реализации физкультурно-оздоровительной деятельности осуществляется формирование и совершенствование моторных функций, в том числе и тех, которые были нарушены вследствие патологического процесса.

Процесс физкультурно-оздоровительной деятельности детей и подростков с ограниченными возможностями и инвалидов подчинен общим закономерностям. В основе закономерностей лежат дидактические принципы и базовые научно-практические положения, определяющие требования к организации и проектированию, содержательному и технологическому обеспечению занятий с данным контингентом и направленные на расширение потенциальных физических и психических возможностей, познавательную деятельность, коррекцию и компенсацию двигательных нарушений. Рассмотрим основные принципы, используемые в работе с детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья [6, 32].

Принцип научности. Данный принцип предполагает знание концепции и методологии, основных проблем адаптивной физической культуры, психофизиологических закономерностей функционирования организма с нарушениями, инновационного опыта педагогов, работающих с данной категорией лиц, а также умение обоснованно применять теоретические знания на практике, осуществлять выбор содержания, форм и методов, опираясь на основные подходы и принципы физкультурно-педагогической деятельности.

Принцип сознательности и активности. Выполнение физических упражнений лицами с ОВЗ почти всегда сопряжено с преодолением трудностей, боли, ограничений, обусловленных нарушениями опорно-двигательного аппарата (последствия ДЦП, полиомиелита, поражения позвоночника и спинного мозга, ампутации и др.), зрительными, слуховыми, двигатель-

ными дисфункциями, ограниченностью познавательных способностей, неразвитостью эмоционально-волевой сферы (ЗПР, умственная отсталость, отсутствие речевого общения).

В связи с этим главным направлением в реализации данного принципа будет формирование осознанного отношения обучающихся, понимания ими полезности занятий физическими упражнениями, осознания жизненной потребности в них, стимулирование мотивов этой деятельности [15]. В практической деятельности это проявляется в следующих действиях:

- необходимо объяснять целевое назначение каждого нового физического упражнения;

- техника изучаемого двигательного действия должна быть адаптирована к реальным возможностям занимающихся, с опорой на сохранные функции;

- следует оказывать внимание каждому ученику, оценивать его действия и поощрять даже за малейшие успехи; оказывать поддержку и необходимую помощь своим личным примером, оптимизмом;

- нужно формировать у детей умение анализировать свои мышечные ощущения;

- проводить рефлексию выполняемых двигательных действий.

Для инвалидов и лиц с ОВЗ принцип сознательности и активности реализуется в старательном и добросовестном выполнении заданий на занятиях по физической культуре (адаптивной физической культуре) и самостоятельных занятиях под контролем родителей и педагога. Важным элементом педагогической деятельности здесь является стимулирование самовоспитания занимающихся (самонаблюдений, самоконтроля, самопобуждений в освоении ценностей физической культуры).

Принцип наглядности. Он предусматривает широкое использование зрительно воспринимаемой информации (80 % информации об окружающем мире мы получаем с помощью зрения) и активизацию всех органов чувств о внешних условиях, пространственно-временных параметрах выполняемой двигательной деятельности.

Нарушения зрения, слуха, интеллекта, опорно-двигательного аппарата (ОДА), эмоционально-волевой сферы, как уже отмечалось, сочетаются с аномальным развитием двигательной сферы. В связи с этим обучение движениям связано с трудностями, специфичными для каждой нозологической группы лиц.

Формирование образа движений, ритмического рисунка, пространственно-временных, силовых и других характеристик движения у детей с нарушениями в развитии возможно с опорой на сохранные функции зрительной, слуховой, кожной, вестибулярной чувствительности [20, 30, 43].

Для *детей с нарушениями интеллекта* характерно недоразвитие психики, речи, познавательной деятельности. При обучении рекомендуется использовать сочетание показа упражнений учителем, слова и одновременного выполнения упражнения обучающимися. В этом случае формирование навыка движений происходит быстрее, так как информация в двигательный центр коры головного мозга идет одновременно с рецепторов зрительного, слухового и двигательного анализаторов. Образ физического упражнения быстрее запоминается [6, 32].

У *незрячих и слабовидящих* принцип наглядности реализуется в основном через тактильный анализатор, другие сохранные анализаторы — остаточное зрение, осязание, слух, обоняние. При этом отмечается, что главную роль в формировании наглядных образов играет речь, выполняющая установочную, направляющую и регулирующую функцию [17, 32].

При формировании у слепых детей представлений о движении в обучении лучше использовать объемные и плоскостные макеты тела человека с подвижными суставами, рельефные изображения поз, осанки, движения, маршрута; магнитные наглядные пособия; нестандартный инвентарь, в том числе различные мячи — гладкие, шершавые, пластмассовые, металлические, резиновые, разные по объему, весу, цвету, рассчитанные на дифференцировку кинестетических, кожных, осязательных ощущений.

На основе сохранного слухового анализатора используются звуковые сигналы, заменяющие зрительное восприятие (звуколидер-метроном, звуковые сигнализаторы с разной частотой, звучащие мячи, колокольчики, задающие темп, ритм, скорость и др.). Применяются тренажеры, позволяющие регулировать мышечное восприятие, силу и скорость сокращения мышц, положение тела в пространстве. Применение оптических средств (коррекционные очки, контактные линзы, увеличительное стекло) помогают получать дополнительную информацию о двигательных и ориентировочных действиях. Рекомендуется использовать наглядные пособия больших размеров, насыщенные и контрастные цвета (красный, желтый, зеленый).

На занятиях с *глухими и слабослышащими* использование наглядного метода имеет специфические особенности, обусловленные отсутствием слуховых ощущений, ограничением (отсутствием) речевого общения, бедностью и узостью восприятия окружающего мира [3, 6]. Сохранность восприятия зависит от времени и уровня потери слуха. Если слух потерян в возрасте 5—6 лет, то устная речь формируется на полноценной слуховой основе. При тяжелой степени тугоухости и глухоте человек заменяет словесную речь тактильным и жестовым языком. Компенсация нарушений слуха осуществляется за счет комплексного включения зрительной, тактильно-вибрационной и кинестетической чувствительности, ведущая роль опять принадлежит речевой функции. Для формирования двигательного образа используют следующие методические приемы:

→ схемы, рисунки, плакаты с названием частей тела, суставов — для формирования знаний, наглядно-образных представлений о строении человека;

→ учебные карточки с рисунками, схемами движений, заданиями, указателями, ориентирами по разделам учебной программы для формирования наглядно-действенных представлений об изучаемых физических упражнениях;

→ показ педагогом движений в разных положениях со словесным сопровождением и одновременным выполнением упражнений детьми по подражанию и проговариванием вслух;

→ показ движений с одновременной словесной инструкцией (описанием, объяснением) и уточняющей мимикой, жестами, речью для считывания с губ, тактильной речью;

→ плоскостные и объемные предметы, спортивный инвентарь и нестандартное оборудование (по цвету, форме, весу) — для формирования пространственных представлений;

→ световые, звуковые, вибрационные сигналы (например, удар ногой об пол и т. п.) — для концентрации внимания;

→ подвижные игры, игры-загадки (с движением и звукопроизношением, игры-имитации, игровые задания, эстафеты) — для развития фантазии, пространственного воображения, навыков коллективных действий.

Занятия по физическому воспитанию *детей и подростков с поражением опорно-двигательного аппарата (ОДА)*, в частности с последствиями полиомиелита, детским церебральным параличом, двигательными травмами, осуществляются через ком-

плексное восприятие всех органов чувств. Используются технические системы с биологической обратной связью, специальные тренажеры и устройства:

→ компьютерные игровые тренажеры, основанные на био-рефлексивной методике управления поведением, включающей зрительную обратную связь — для обучения движениям и диагностики состояния опорно-двигательного аппарата. Игровая деятельность детей с ДЦП стимулируется вынужденными движениями, которые в обычных условиях ребенком не выполняются; просмотр видеофильмов — для формирования образа правильных «здоровых» движений, ориентировочной основы действий, повышения интереса к занятиям (в реабилитации лиц с травмами позвоночника и спинного мозга);

→ метод тандотерапии — для освоения двигательных действий путем тренировки с принудительным выполнением движений и феноменом их «прочувствования». В этом случае ребенка заставляют повторять циклы движений, которые передаются через механическую связь от соответствующей части тела обучающего здорового человека [6, 32].

Принцип доступности. Для его реализации в работе с детьми с ОВЗ необходимо в процессе усвоения учебного материала идти от простого к сложному, от известного к неизвестному, от легкого к трудному. Средства, методы, методические приемы, организационные формы, а также величина физической нагрузки должны соответствовать уровню умственного, двигательного, сенсорного, речевого развития. Степень преодоления трудностей должна стимулировать личностное развитие.

Принцип систематичности и последовательности [26, 27]. Данный принцип отражает процессуальные стороны организации педагогической деятельности, которые можно обозначить следующими действиями:

1. Изучение контингента занимающихся (пол, возраст, основной дефект, сопутствующие заболевания, сохранные функции, уровень физического развития, координационных способностей, наличие двигательного опыта, медицинские противопоказания и др.).

2. Постановка конкретных задач (образовательных, коррекционно-развивающих, оздоровительно-профилактических, воспитательных).

3. Составление программы педагогических воздействий (оп-

ределение объема изучаемого материала, выстраивание логической последовательности, определение методики) и ее практическая реализация.

4. Оперативный и текущий контроль за двигательной деятельностью, состоянием здоровья, антропометрическими показателями, динамикой функциональных сдвигов и адаптации организма, уровнем усвоения знаний и двигательных умений, показателями общей физической подготовленности и координационных способностей, личностным отношением к занятиям, к себе, к окружающим.

5. Коррекция педагогических воздействий на основе обратной связи о результатах оперативного и текущего контроля.

Требования данного принципа предполагают своевременное начало и продолжительность разучивания одних двигательных действий и переход к другим, обеспечение преемственности, целесообразного порядка, очередности нагрузки, ее направленности, сложности, величины и динамики с учетом индивидуальных возможностей занимающихся.

Многообразие нозологических форм, сложность структуры дефекта требуют применения в практике работы с детьми, имеющими ОВЗ, методических подходов из области специальной психологии и педагогики, ее разделов, общей и частной патологии, патофизиологии, медицинской реабилитации. В связи с этим мы рассмотрим следующие принципы: диагностирования, дифференциации и индивидуализации, коррекционно-развивающей и компенсаторной направленности, адекватности, оптимальности и вариативности педагогических воздействий.

Принцип диагностирования. Он основывается на знании общих и специфических закономерностей психического и физического развития нормально развивающегося ребенка и детей с отклонениями в развитии. При проведении диагностики учитываются данные клинической медицины, педагогические, психологические и другие методы обследования, позволяющие установить структуру ведущего нарушения, вторично связанных с ним отклонений с учетом локализации и механизмов нарушений, абсолютные противопоказания [14]. Вместе с тем главное внимание специалистов обращается на потенциальные возможности ребенка, лежащие в психической сфере. Данный принцип также предполагает систематический контроль за показателями физического, функционального развития, уровнем дви-

гательной подготовленности, являющимися объектом коррекции и развития.

Принцип дифференциации и индивидуализации. Дифференцированный подход в работе с детьми, имеющими ОВЗ, означает объединение детей в относительно однородные группы по тем или иным критериям. Первичную дифференциацию проводит психолого-медико-педагогическая комиссия, которая формирует типологические группы детей, сходные по возрасту, клинике основного дефекта, показателям соматического развития. Для проведения уроков физической культуры дифференциацию осуществляет педагог физической культуры с учетом уровня физической подготовленности, двигательного опыта, готовности к обучению, особенностей воспитания. В частности, в специальных (коррекционных) образовательных организациях ребенка с нарушениями интеллекта относят к одной из четырех типологических групп [20].

В первой группе, составляющей 10—14 % от общего количества обучающихся в классе, по показателям физического развития и двигательным способностям дети находятся на уровне средних показателей учащихся массовых школ (высокий уровень). Они не имеют соматических отклонений, быстро овладевают умениями, навыками, справляются с довольно большими физическими нагрузками, быстро восстанавливаются.

Дети второй группы (45—52 %) имеют сопутствующие основному дефекту соматические заболевания, нарушения осанки, плоскостопие. У них отмечается средний уровень физического развития и двигательной подготовленности. Обучающиеся этой группы медленнее осваивают новые двигательные действия, хуже переносят достаточно высокие нагрузки, на восстановление им нужен более длительный период времени.

В третьей группе (28—35 %) учащиеся характеризуются средним и ниже среднего уровнем физического развития и двигательных способностей. Многие из них имеют диспропорции телосложения, нарушения осанки, страдают соматическими заболеваниями. Они медленно овладевают двигательными умениями, плохо переносят физические нагрузки, долго восстанавливаются.

В четвертой группе (4—10 %) основному дефекту сопутствуют различные соматические заболевания, отмечается энурез, ожирение, эпилептический синдром, головная боль, го-

ловокружение. Дети имеют уровень физического развития ниже среднего, могут овладеть лишь элементарными двигательными действиями.

Сущность индивидуализации педагогического процесса [30, 31] состоит в создании оптимальных условий для развития ребенка — с опорой на его способности и возможности. Здесь имеет значение профессиональная компетентность и методическое мастерство учителя.

Одним из направлений реализации принципа является определение индивидуальных образовательных маршрутов, ориентированных на уникальность и своеобразие личности во всех ее проявлениях. В этом случае предполагается разработка адаптированной образовательной программы с целью достижения основных результатов в теоретической, технической и физической подготовке обучающихся.

Принцип коррекционно-развивающей и компенсаторной направленности. Сформулирован Л. С. Выготским. В настоящее время является ведущим в отечественной дефектологии [6, 14, 31] и характерен для образовательного процесса всех категорий детей с ограниченными возможностями здоровья. Коррекционно-развивающая направленность неразрывно связана с процессом обучения двигательным действиям и развитием физических качеств. Образовательные задачи динамично решаются в соответствии с освоением программного материала по физической культуре. Коррекционно-развивающие задачи являются относительно постоянными. В процессе обучения при переходе к новому учебному материалу происходит замена каких-либо из них.

При наличии любого дефекта важно учесть характер компенсаторных процессов, замещающих, выравнивающих психофизическое развитие и поведение ребенка. Компенсация элементарных функций может происходить автоматически за счет приспособительных реакций. Компенсация психических функций при выполнении сложных по координации упражнений требует активного обучения и включения самых разнообразных ощущений человека. Так, например, при поражении спинного мозга, когда нормальную ходьбу восстановить невозможно, формируют *компенсаторную* ходьбу. В зависимости от сохранных функций это может быть ходьба при фиксированных коленных суставах за счет активности подвздошно-поясничных, ягодичных мышц и мышц-разгибателей бедра. Таким образом

при помощи подбора специальных физических упражнений, методов и методических приемов можно стимулировать компенсаторные процессы в поврежденных органах и системах, создавая со временем устойчивую долговременную компенсацию [36].

Принципы адекватности, оптимальности и вариативности педагогических воздействий. Процесс адаптации детей с ОВЗ к мышечной деятельности носит индивидуальный характер, обусловленный необходимостью изменения содержания двигательной активности, ограничения в режимах и нормировании педагогических воздействий, переключения на разнообразные виды деятельности и т. п. Принципы адекватности, оптимальности и вариативности отражают специфику педагогической деятельности, обусловленную закономерностями индивидуальной адаптации к мышечной работе инвалидов и лиц с нарушениями в развитии.

Адекватность педагогических воздействий предполагает соответствие выбора средств, методов, методических приемов обучения функциональному состоянию занимающихся и предусматривает учет следующих факторов: тяжесть основного дефекта, сопутствующие заболевания и вторичные нарушения; возрастные особенности; состояние локомоторной функции, способы перемещения; сохранность сенсорных систем, интеллекта, психических функций; особенности общения, поведения; способность к обучению, предрасположенность к видам физкультурной деятельности, наличие двигательного опыта.

Оптимальность в педагогическом процессе означает разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки, целесообразное стимулирование адаптационных процессов, которые определяются используемыми физическими упражнениями, различными по характеру, направленности, сложности, а также величиной нагрузки. Создание наиболее благоприятных условий для оптимальной реализации функций органов и систем лиц с ОВЗ заключается в соблюдении принципа «помоги, не навредив».

Вариативность означает многообразие содержания и возможностей физической культуры. В практике деятельности это обеспечивается разнообразием:

1) физических упражнений: упражнения-образы с ориентировочной основой действий; подробное выполнение упражнений; имитационные упражнения (подражание движениям насе-

комых, животных и т. п.); стандартные, упрощенные и усложненные двигательные действия; упражнения на тренажерах и др.;

2) элементов техники выполнения физических упражнений: исходного положения, темпа, ритма, усилий, скорости, направления, траектории, амплитуды и т. п.;

3) методов и методических приемов словесного воздействия;

4) методов и методических приемов показа:

— показ натуральных статических поз и динамических движений в разных экспозициях, с разной скоростью, на разном расстоянии;

— показ, сопровождающийся объяснением, мимикой, жестами, тактильной речью;

— демонстрация наглядных пособий;

— тактильное сопровождение движений (ощупывание предметов, снарядов, рельефных рисунков);

5) внешних условий выполнения упражнений: оказание помощи, страховки, сопровождения, разгрузки (в воде, на парашютных подвесках), упрощение или усложнение внешней среды, применение ограничителей, сопротивлений;

6) сенсорных ощущений: тактильных, кожных, зрительных, слуховых, вестибулярных при выполнении физических упражнений;

7) способов регулирования эмоционального состояния детей: внушение, медитация, психотренинги, сюжетные игры, игры-сказки, пальчиковые игры, игровые задания, эстафеты, полосы препятствий и др.

1.2.3. Направления

физкультурно-оздоровительной деятельности с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья

В рамках осуществляемой деятельности человека определяются ее виды: родовые (имеют собственные функции, например физкультурную), агрегированные (объединяют несколько деятельностей), атрибутивные (составляют часть любой деятельности) [45]. С учетом многообразия компонентов физической культуры, удовлетворяющих потребности личности и общества, можно выделить основные направления физкультурно-оздоровительной деятельности, используемые в работе с лицами, имеющими ОВЗ, и инвалидами.

В настоящее время в образовательных организациях при работе с детьми с ОВЗ специалистам рекомендуется ориентироваться на три направления — лечебно-восстановительное, оздоровительное, реабилитационное (табл. 1).

Таблица 1

Направления физкультурно-оздоровительной деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья

№ п/п	Элементы деятельности	Направление		
		лечебно-восстановительное	оздоровительное	реабилитационное
1	Контингент	Больные с острыми и подострыми состояниями, хроническими заболеваниями в стадии нестойкой ремиссии, лица с ограниченными возможностями здоровья и инвалиды	Больные с хроническими заболеваниями в стадии стойкой ремиссии, лица с функциональными нарушениями и факторами риска, лица с ограниченными возможностями здоровья, инвалиды	Лица с ограниченными возможностями здоровья и инвалиды
2	Цели и задачи	Восстановление здоровья и функций отдельных органов и систем, повышение работоспособности (лечение, восстановление, профилактика)	Укрепление здоровья, поддержание высокой работоспособности, улучшение физического и функционального состояния организма (оздоровление, развитие, профилактика)	Коррекция и развитие двигательных способностей, сенсорных систем, социально-психологических качеств. Компенсация нарушенных или утраченных функций (реабилитация и социальная адаптация)
3	Формы занятий (виды спорта)	→ Уроки (занятия) ЛФК → Внеурочные формы:	Внеурочные занятия: — оздоровительная ходьба;	→ Уроки (занятия по адаптивной физической культуре)

№ п/п	Элементы деятельности	Направление		
		лечебно-восстановительное	оздоровительное	реабилитационное
		— лечебная гимнастика; — дозированная ходьба; — бег; — терренкур; — физкультурно-оздоровительные игры малой и средней интенсивности (волейбол, бадминтон и др.); — УГГ и др.	— занятия на тренажерах; — оздоровительное плавание; — нетрадиционные виды занятий (дыхательная гимнастика, суставная гимнастика, самомассаж и др.); — фитбол-аэробика; — степ-аэробика; — шейпинг; — стретчинг; — атлетическая гимнастика; — хатха-йога и др.	→ Внеурочные занятия: — УГГ; — подвижная перемена; — спортивный час; — физкультурные праздники; — подвижные игры; — адаптивное плавание; — упражнения на тренажерах; — имитационные игры и др.
4	Средства	Физические упражнения	Физические упражнения	Физические упражнения
5	Место при-менения	Специальные (коррекционные) образовательные организации, больницы, поликлиники, санатории, реабилитационные центры	Санатории, дома отдыха, пансионаты, физкультурно-оздоровительные центры, комплексы, физкультурно-спортивные организации, общеобразовательные и специальные (коррекционные) образовательные организации	Специальные (коррекционные) образовательные организации, адаптивные спортивные школы и отделения, физкультурно-спортивные организации, физкультурно-оздоровительные комплексы

Целесообразность выделения указанных направлений основывается на следующих предпосылках. Как видно из таблицы, название каждого направления напрямую связано с целеобес-

печением физкультурных занятий. *Лечебно-восстановительное направление* реализуется с использованием средств и методов лечебной физической культуры, *оздоровительное направление* — с применением средств и методов оздоровительной физической культуры. В *реабилитационном направлении* применяются средства физической реабилитации, адаптивной физической культуры и элементы адаптивного спорта. Направления могут пересекаться между собой или переходить одно в другое, заимствуя цели, задачи, средства, методы и технологии друг у друга. Данное обстоятельство затрудняет ориентировку педагогов-практиков, вносит разногласия, в частности в связи с реализацией физкультурно-оздоровительной деятельности, что послужило одной из предпосылок к разработке подобного рода классификации.

Использование физических упражнений в каждом направлении в качестве основного средства, а также подобных форм занятий (урочных, внеурочных и самостоятельных) является объединяющим их фактором. Данные предпосылки позволили включить все три указанных направления в физкультурно-оздоровительную деятельность с детьми и подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Далее расскажем об организации и содержании занятий с детьми с ограниченными возможностями здоровья в каждом из указанных направлений.



ЛЕЧЕБНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

2.1. Организационно-содержательное обеспечение занятий по лечебной физической культуре

Лечебно-восстановительное направление широко представлено в физкультурно-оздоровительной деятельности с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов. Это определяется, с одной стороны, спектром воздействия лечебных физических упражнений на различные функциональные системы организма (сердечно-сосудистую, дыхательную, опорно-двигательную, нервную, эндокринную), а с другой — тренирующим и восстановительным эффектом упражнений. Цель данного направления — восстановление здоровья, трудоспособности человека, предупреждение осложнений, последствий патологических процессов.

Лечебная физическая культура (ЛФК) как естественно-биологический метод показана при многих заболеваниях, применяется на всех этапах реабилитации лиц с отклонениями в

состоянии здоровья, больных, инвалидов в стационарах, реабилитационных центрах, поликлиниках, кабинетах лечебной физической культуры. Она является компонентом образовательной системы специальных (коррекционных) образовательных организаций, в частности учреждений VIII вида [8]. Элементы ЛФК применяются в работе с учащимися, отнесенными по состоянию здоровья к специальной медицинской группе, в общеобразовательных организациях [8, 22, 28].

Основным средством лечебной физической культуры являются физические упражнения. В специальной литературе отечественными авторами представлено несколько классификаций физических упражнений, применяемых с лечебной целью (см. приложения 1, 2). К основным из них авторы относят: гимнастические упражнения, двигательные действия прикладного характера и спортивные виды упражнений.

В качестве **дополнительных средств** используют: естественные факторы природы (солнце, воздух, вода), лечебный массаж, самомассаж, механотерапию (см. приложение 3), трудотерапию (восстановление с помощью специально подобранных трудовых процессов).

Механизм влияния физических упражнений на состояние занимающегося имеет характер тонизирующий, трофический, компенсирующий и нормализующий функции систем организма [5, 10, 35].

Тонизирующее (стимулирующее) действие физических упражнений проявляется в изменении интенсивности протекания биологических процессов в организме в зависимости от величины физической нагрузки. Двигательная зона коры больших полушарий головного мозга, посылая импульсы опорно-двигательному аппарату, одновременно влияет на центры вегетативной нервной системы, возбуждая их. В свою очередь, возбуждение центральной нервной системы (ЦНС) приводит к усилению активности желез внутренней секреции и стимулирует вегетативные функции, улучшая деятельность систем организма, формируя его защитные реакции.

Трофическое действие заключается в улучшении под влиянием мышечной деятельности обменных процессов и регенерации в организме. Проприоцептивные импульсы стимулируют нервные центры, обмен веществ и перестраивают функциональное состояние вегетативных центров, которые улучшают тро-

фику внутренних органов и опорно-двигательного аппарата. Систематические занятия сокращают сроки выздоровления.

Формирование компенсации (временного или постоянного замещения) происходит при нарушении какой-либо функции организма. В этом случае в работу включаются компенсаторные механизмы. Например, при утрате функции сгибания руки в локтевом суставе движения выполняются за счет мышц плечевого пояса.

Нормализация функций предполагает восстановление работы отдельно поврежденного органа и организма в целом. Идущий в процессе мышечной деятельности мощный поток импульсов способен изменить соотношение возбуждательных и тормозных процессов в коре головного мозга и привести к угасанию патологических временных связей.

В лечебно-восстановительном направлении различают следующие формы организации занятий:

→ основная (урочная), представленная лечебной гимнастикой (ЛГ) или занятием по лечебной физической культуре;

→ дополнительные формы занятий (утренняя гигиеническая гимнастика, дозированные ходьба, гребля, плавание, бег, терренкур);

→ самостоятельные занятия физическими упражнениями.

Перечисленные формы занятий используют в сочетании друг с другом, другими терапевтическими средствами, с учетом решаемых задач и соблюдения регламентированного режима [35].

В образовательном процессе детей и подростков с ОВЗ элементы ЛФК используются непосредственно в структуре урока физической культуры для коррекции наиболее распространенных дефектов (нарушения походки, осанки, слабость мышц туловища и конечностей, слабость дифференцировки двигательных актов и пр.). Могут быть созданы специальные группы ЛФК из учащихся одного или разных классов (но с учетом возрастных периодов) с нарушениями двигательной моторики, различными формами двигательной недостаточности. Планируются задания для самостоятельного выполнения физических упражнений дома.

Лечебный эффект физических упражнений достигается при регулярном и длительном их применении, с умеренным уровнем воздействия. Занятия лечебной физической культурой следует проводить ежедневно. Интенсивность воздействия упраж-

нений повышается постепенно для обеспечения тренированности ребенка и улучшения его общего состояния. При подборе упражнений обязательно учитывают уровень физического развития, координационных и кондиционных способностей (на основании анамнеза, истории болезни и функциональных проб), способ выполнения движений (активно, с помощью взрослого или пассивно). Один из методических приемов для равномерного распределения мышечных усилий, чередования напряжений различных групп мышц — «рассеивание» физической нагрузки.

2.2. Формы занятий лечебно-физкультурной направленности

В рамках реализации лечебно-физкультурного направления с обучающимися, имеющими ОВЗ, достаточно эффективно применяются такие формы занятий, как лечебная гимнастика, циклические упражнения, дозированная ходьба, различные физкультурно-оздоровительные игры, терренкур. Дополнительно к вышеперечисленным формам детям рекомендуется выполнять комплекс физических упражнений, подобранный специалистом по лечебной физической культуре.

➔ Лечебная гимнастика

Рассмотрим содержание занятия лечебной гимнастикой (ЛГ) для лиц с отклонениями в состоянии здоровья, которое в основном используется для восстановления функций поврежденного органа и организма в целом [43]. Комплекс специально подобранных физических упражнений в процессе тренировки выполняется в течение 30—40 минут, способствует повышению физической выносливости, что важно в предупреждении и лечении заболеваний человека. Используют статические и динамические гимнастические упражнения с предметами и без предметов, с помощью различных тренажерных устройств и приспособлений. Динамическая работа мышц совершается при сокращении мышцы (ее укорочении или удлинении). При статическом напряжении объем мышцы не изменяется.

При выполнении двигательных упражнений различают четыре типа исходных положений:

→ изменяющие форму и величину опорной поверхности — влияют на мышечный тонус;

- изолирующие — служат для усиления локального воздействия на определенный сегмент тела;
- исходные положения с изменением центра тяжести всего тела или отдельных его частей — регулируют нагрузку;
- облегчающие И.п. — уменьшают нагрузку при выполнении упражнения.

Используя различные исходные положения, можно охватить воздействием разные группы мышц, изменяя при этом нагрузку на мышечные группы (см. приложение 4).

В процессе занятия педагогу важно согласовать амплитуду и темп выполнения движений с ритмом и глубиной дыхания. *Вдох* (через нос) нужно выполнять одновременно с движением, способствующим увеличению размеров грудной клетки, то есть при выпрямлении туловища, поднимании рук вверх или отведении их назад, в стороны. *Выдох* следует делать одновременно с движением, способствующим уменьшению размеров грудной клетки, то есть при сгибании туловища вперед, опускании рук, подтягивании ног к животу.

Фаза вдоха должна быть короче фазы выдоха, чтобы не привести к гипервентиляции легких. Необходимо обучать занимающегося полному дыханию с первых дней проведения тренировок, так как при различных заболеваниях часто нарушается механизм дыхания. Для этого следует выбирать наиболее рациональные исходные положения. Например, в И.п. сидя на гимнастической скамейке брюшное дыхание значительно ограничивается, а грудное — увеличивается, и происходит наиболее полная вентиляция верхушек легких. Дыхательные упражнения применяются в чередовании с общеразвивающими. Занятия ЛГ проводятся в режимах малой, средней и большой нагрузки, с учетом принадлежности к медицинским группам детей и подростков с ОВЗ. Структура занятий включает вводную, основную и заключительную части. Двигательные режимы распределяются следующим образом.

Режим малой нагрузки. Занятия проводят малогрупповым или индивидуальнольным способом. Используют исходные положения стоя, сидя и лежа, иногда с опорой о стул и гимнастическую стенку. Выполняют гимнастические упражнения для всех основных групп мышц конечностей, шеи, туловища, а также дыхательные упражнения и на расслабление. В режиме малой нагрузки с осторожностью используют легкие предметы (резиновые

мячи, гимнастические палки). Рекомендуют также ходьбу на месте, по залу, темп медленный, 60—80 шагов в минуту, продолжительность от 20 до 30 минут в зависимости от переносимости нагрузок и самочувствия.

Режим средней нагрузки. При проведении занятий в этом режиме физические упражнения выполняют в исходных положениях стоя и лежа. Наряду с общеразвивающими упражнениями рекомендуются комплексы упражнений с медицинболами, с использованием гимнастической стенки и скамейки. Включают игры с мячом (сидя или стоя), ходьбу и бег трусцой (темп до 140 шагов в минуту). Моторная плотность занятия — до 50—60 %.

Режим большой нагрузки. В данном режиме упражнения выполняются преимущественно в исходном положении стоя, с воздействием на крупные группы мышц, темп выполнения — средний, быстрый, поточным способом (без перерыва) или с перерывами для отдыха. Моторную плотность занятия можно увеличить до 70—90 %. Пульс может достигать 120—140 ударов в минуту. Продолжительность тренировок составляет 40—50 минут. Используют спортивные снаряды, тренажерные устройства. В занятия включают элементы спортивных игр, эстафеты, бег трусцой (темп бега 140—180 шагов в минуту).

➔ Циклические тренировочные занятия

Формы лечебно-физкультурной направленности с использованием упражнений циклического характера (ходьба, бег, гребля, занятия на тренажерах и др.) широко применяются с профилактической целью для лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, при легочной патологии, а также при заболеваниях и повреждениях периферической нервной системы и мышечно-суставного аппарата.

Данный вид упражнений используется в процессе занятий ЛГ, при проведении самостоятельных тренировок. Важным преимуществом является возможность точного дозирования физической нагрузки и сочетание с принципом гигиенической направленности (природный, климатический факторы). При этом главным образом повышается физическая выносливость, другие двигательные качества (сила, ловкость, гибкость и быстрота) развиваются в меньшей степени. На занятиях применяют

равномерный и интервальные методы тренировки. При первом методе нагрузка является неизменной в процессе всего занятия, например, велоэргометрия в постоянном темпе и с постоянным усилием (мощностью). Плотность такого занятия составляет 100 %, без перерывов на отдых.

При интервальном методе тренировки можно сочетать интервалы работы и отдыха или включить интервалы работы с различной мощностью нагрузки. Способ интервальной тренировки занимающимися переносится лучше, поэтому его используют чаще. Отмечается, что для постепенного повышения нагрузки во время выполнения циклических видов тренировок сначала используют интервальные методы тренировок, а по мере адаптации организма переходят к упражнениям, выполняемым с постоянной нагрузкой.

➔ **Дозированная ходьба**

Дозированная ходьба используется для нормализации походки после травм и заболеваний нервной системы, опорно-двигательного аппарата, при нарушениях обмена веществ, а также для тренировки сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Оздоровительное и тренирующее действие дозированной ходьбы зависит от пройденного расстояния и темпа. Величина физической нагрузки регулируется путем изменения скорости передвижения, длины дистанции, рельефа местности [36, 43].

Режим малой нагрузки. Ходить рекомендуется по ровной местности, лучше в парках и садах с мягким травяным покрытием. Темп ходьбы медленный (60—80 шагов в минуту) и средний (80—100 шагов в минуту). Расстояние для ходьбы от 1,5 км в первые 5—10 дней до 3—4 км в дальнейшем. Через каждые 10—20 минут рекомендуется отдых, во время которого рекомендуется выполнять простые гимнастические и дыхательные упражнения. Общая продолжительность ходьбы от 30 до 60 минут.

Режим средней нагрузки. Ходьба проводится в ускоренном темпе (до 100—120 шагов в минуту) и по холмистой местности при углах подъема 3—10 градусов. Периодически делаются перерывы для отдыха и выполняются общеразвивающие упражнения, дыхательные упражнения в исходном положении стоя (для мышц плечевого пояса), лежа на спине. Применяются упражнения, направленные на расслабление мышц нижних конечностей, на улучшение кровообращения: поднимание согнутых и

прямых ног, «велосипед», «ножницы». Продолжительность ходьбы до 90 минут.

Режим большой нагрузки. Назначается ходьба, бег в быстром темпе (140—180 шагов в минуту), а также ходьба по пересеченной и гористой местности (углы подъема 10—30 градусов). Темп произвольный, чаще спокойный. Продолжительность ходьбы может достигать 120—150 минут. Классификация темпов дозированной ходьбы: медленный — 60—80 шагов/мин; средний 80—100 шагов/мин; быстрый — 100—120 шагов/мин; очень быстрый — 120—140 и более шагов/мин [2].

→ **Физкультурно-оздоровительные игры**

Из большого комплекса игр для оздоровления, профилактики заболеваний и лечения авторы рекомендуют игры в волейбол, настольный теннис, бадминтон [35]. Физкультурно-оздоровительные игры по сравнению с другими видами тренировок отличаются достаточной нагрузочностью, в особенности для лиц, не владеющих навыками игры, а также сложностью дозирования нагрузки. В связи с этим их следует использовать с осторожностью, лучше под контролем врача.

Методические особенности проведения физкультурно-оздоровительных игр:

1. Обязательное проведение разминки (ходьба, бег, гимнастические упражнения, занятия на тренажерах, специальные упражнения, соответствующие характеру игры).
2. Подбор примерно одинакового состава игроков по возрасту, характеру заболевания, физической и технической подготовленности.
3. Примерно одинаковое распределение игровой активности.
4. Корректное поведение игроков, их доброжелательность, неазадность в игре; высокая дисциплина игроков и болельщиков.

→ **Волейбол**

Режим малой нагрузки в волейболе не поддерживается.

Режим средней нагрузки включает игру полным составом игроков с одинаковой технической и физической подготовленностью. Рекомендуются спокойная, неазадная игра, преимущественно в защите, без блокирующих и нападающих прыжков. Допускается разминочная игра и игра на счет; две-три партии с перерывами для отдыха продолжительностью 5—7 минут после каждой партии.

Режим большой нагрузки предусматривает проведение игры полным составом игроков. Допускается спокойная, малоазартная игра в защите и нападении. Обычно игра идет не на счет, периодически, не чаще раза в неделю устраиваются игры с элементами соревнований. Количество сыгранных партий не должно превышать трех—пяти.

→ **Бадминтон**

Режим малой нагрузки не применяется.

Режим средней нагрузки. Рекомендуется простое перекидывание волана, иногда допускается игра в спокойном темпе на счет — обычно с учителем (инструктором) адаптивной физической культуры. В процессе такой игры исключаются сильные, укороченные удары ракеткой. Пульс при режиме средней интенсивности не должен превышать 120 ударов в минуту, рекомендуется контроль за нагрузкой. Продолжительность игры 30—40 минут.

Режим большой нагрузки предусматривает перекидывание волана, а также игру на счет при условии исключения спорных соревновательных моментов. Продолжительность игры 40—50 минут.

→ **Терренкур (дозированное восхождение)**

Терренкур представляет собой дозированную ходьбу с постепенным подъемом и спуском на специальных маршрутах. Он показан при заболеваниях кардиореспираторной системы, неврозах, эндокринных заболеваниях, ожирении детей и подростков с ОВЗ и др. В зависимости от угла подъема маршруты терренкура делятся на группы: 4—10 градусов, 11—15 градусов и 16—20 градусов. Величина физической нагрузки зависит от длины маршрута (обычно 500, 1500, 3000 метров), рельефа местности, темпа, количества остановок. В зависимости от дистанции и крутизны подъема маршруты делятся следующим образом:

Маршрут № 1 — дистанция 500 метров, угол подъема 2—5 градусов.

Маршрут № 2 — дистанция 1000 метров, угол подъема 6—10 градусов.

Маршрут № 3 — дистанция 2000 метров, угол подъема 11—15 градусов.

Маршрут № 4 — дистанция 3000—5000 метров, угол подъема 16—20 градусов.

➔ Самостоятельные занятия физическими упражнениями

Проводятся лицами, которые умеют правильно выполнять комплекс упражнений, подобранный и составленный специалистом по ЛФК, с учетом характера патологии и индивидуальных особенностей ребенка. Самостоятельные занятия значительно дополняют занятия лечебной гимнастикой и повышают их эффективность. Упражнения (2—4) выполняют несколько раз в течение дня, например, при восстановлении нарушенных функций опорно-двигательного аппарата, при лечении нервных болезней и др.

2.3. Основы структурирования занятий лечебно-восстановительной направленности

Характерной особенностью тренировки лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов является процесс адекватного дозирования физических упражнений, что обусловлено снижением функциональных возможностей организма занимающегося. В отличие от тренировки спортивной, которая ставит задачи максимального повышения функциональных возможностей его органов и систем, в лечебно-физкультурной тренировке решаются задачи повышения уровня функционального состояния лиц с ОВЗ и инвалидов и доведения его по возможности до уровня здорового человека.

Различают тренировочные занятия общего и специального характера. **Общая тренировка** направлена на оздоровление и общее развитие занимающегося. При этом используются разнообразные виды гимнастических (общеразвивающих, дыхательных, корригирующих и др.) упражнений. **Специальная тренировка** способствует восстановлению нарушенных функций в связи с имеющимся заболеванием или полученной травмой. В этом случае используются специальные физические упражнения, оказывающие непосредственное воздействие на область травматического очага или функциональные расстройства той или иной пораженной системы (например, дыхательные упражнения при нарушениях функций внешнего дыхания, упражнения для суставов при артрозах и т. п.). Деление является условным, решаемые в каждом случае задачи тесно взаимосвязаны по своему влиянию на организм человека [10].

Методика применения физических упражнений в каждом конкретном случае зависит от диагноза, стадии заболевания, функциональных возможностей и индивидуальных особенностей занимающегося. Целесообразно использовать в комплексе активные, активно-пассивные, пассивные гимнастические упражнения с помощью инструктора-методиста (тренера), из оптимальных исходных положений, с применением резиновых бинтов, тренажерных устройств. Особое внимание обращается на упражнения по восстановлению функций кистей, способности к манипулятивным действиям. Прикладные упражнения должны включать комплексную систему развития и обучения ходьбе как способу самостоятельного передвижения [41].

При проведении занятий используются разные способы организации и взаимодействия учителя (тренера, инструктора) и занимающихся. *Индивидуальный способ* предусматривает проведение занятий инструктором (тренером) индивидуально с каждым занимающимся. *Малогрупповой способ* (2—5 человек в группе) предполагает объединение лиц с ОВЗ в небольшие группы по принципу единого характера (или стадии) заболевания, локализации повреждений и т. п. При *групповом способе* занимаются от 6 до 10 человек. *Консультативный способ* рекомендуется при самостоятельном проведении занятий дома.

➔ Структура и содержание лечебно-физкультурного занятия

Каждое тренировочное занятие включает три части (раздела): вводную, основную, заключительную.

Вводная часть составляет 15—20 % от общего времени занятия, имеет характер разминки для постепенной адаптации и подготовки функциональных систем к выполнению разнообразных упражнений. Используются простые общеразвивающие упражнения, в основном для мелких и средних мышечных групп, ходьба, дыхательные упражнения.

Основная часть занятия занимает 65—70 % от общего времени занятия, способствует достижению лечебного эффекта с преимущественным использованием специальных физических упражнений. Содержание основной части отражает особенности частной методики лечебных занятий при конкретной патологии лиц с ограниченными возможностями здоровья. Применяются специальные и общеразвивающие упражнения, оказыва-

ющие положительное воздействие на поврежденный орган и организм в целом. Упражнения специального характера чередуются с гимнастическими упражнениями и подбираются с учетом формы заболевания, клинического течения болезни, общего состояния больного. Используются игры разной интенсивности, упражнения прикладного характера, с предметами, на снарядах. Величина физической нагрузки достигает максимального уровня, в работу последовательно вовлекаются различные группы мышц (рассеивание нагрузки).

Задачи **заключительной части** (10—20 % от общего времени) направлены на постепенное снижение общей нагрузки и восстановление исходного состояния организма. Используются элементарные гимнастические упражнения, способствующие расслаблению мышц и снижению общей физической нагрузки, дыхательные, позволяющие правильно регулировать физическую нагрузку, упражнения на расслабление, медленная ходьба, игры малой интенсивности и др.

В начале занятий тренировочного курса нагрузка носит преимущественно умеренный и средний уровень интенсивности, пульсовая физиологическая кривая при этом имеет в основном пологий характер. Во второй половине курса занятий, при достижении определенного уровня тренированности организма, нагрузку повышают. Характер физиологической кривой меняется (более крутая).

Продолжительность одного занятия может быть разной и зависит от поставленных задач, а также общего состояния больного. На начальном этапе занятие обычно продолжается 10—15 минут, в середине курса оно длится в среднем 25—30 минут, иногда — до 45 минут и даже часа при многократном повторении в течение дня (по показаниям).

Подбор упражнений осуществляется с учетом индивидуальных особенностей лиц, физического и функционального состояния каждого из них к моменту проведения занятий. В связи с этим применение стандартных комплексов физических упражнений является недопустимым.

Изучив общую методику проведения лечебно-физкультурного занятия, освоив частные методики занятий при конкретных заболеваниях, специалист физической культуры обязательно должен контролировать и учитывать произошедшие изменения в состоянии занимающегося лица, его настроении и корректировать содержание занятий при определенном заболевании.

→ **Врачебно-педагогический контроль и дозирование физической нагрузки**

Величина физической нагрузки при выполнении упражнений детьми с ОВЗ должна соответствовать функциональным возможностям организма. Важно, чтобы нагрузка вызывала умеренную возбудимость функциональных систем организма, не провоцировала усиление болей, не вызывала сильную усталость и ухудшение общего самочувствия (см. приложение 5). Величина физической нагрузки (по В. Н. Мошкову) на занятиях лечебно-восстановительного направления может быть трех видов:

→ **нагрузка без ограничения**, с разрешением бега, прыжков и сложных для выполнения общенагрузочных упражнений;

→ **средняя нагрузка** (с ограничением), исключая бег, прыжки, упражнения с выраженным усилием, сложные координационные упражнения. Соотношение общеразвивающих и специальных к дыхательным упражнениям 1 : 3 и 1 : 4;

→ **слабая нагрузка**, характеризующаяся использованием элементарных гимнастических упражнений, преимущественно выполняется в исходном положении лежа и сидя. Соотношение с дыхательными упражнениями 1 : 1 или 1 : 2.

На тренировочных занятиях **малой интенсивности** движения мышечных групп выполняются в медленном темпе (движения пальцев, мелких суставов), функциональные сдвиги в организме при этом являются незначительными. На тренировочных занятиях **умеренной интенсивности** выполняются движения средних и крупных мышечных групп, в медленном и среднем темпе. Занятия **максимальной интенсивности** характеризуются вовлечением в работу большого числа мышц и высоким темпом выполнения движений. Восстановление организма продолжается несколько дней и даже часов. Дозирование физической нагрузки на занятиях осуществляется при помощи следующих приемов: выбора исходного положения тела, подбора физических упражнений, продолжительности выполнения физических упражнений, количества упражнений в комплексе и количества повторений каждого упражнения, темпа выполнения движений, уменьшения или увеличения амплитуды движений, степени сложности движений, использования эмоционального фактора, моторной плотности занятия.

В период проведения лечебно-восстановительных тренировок проводятся визуальные наблюдения за изменением общего

состояния занимающегося, изменением частоты сердечных сокращений (ЧСС) в момент максимальной нагрузки, в период отдыха, а также проявлением внешних признаков утомления: одышки, усталости, ухудшения самочувствия и др. (табл. 2).

Таблица 2

**Характеристика внешних признаков утомления
(по Т. А. Тарасовой, 2005)**

№ п/п	Внешние признаки состояния ребенка	Степень утомления		
		небольшое	среднее	выраженное
1	Окраска кожи, лица, шеи. Выражение лица	Небольшое покраснение лица, выражение лица спокойное	Значительное покраснение лица, выражение лица напряженное	Побледнение или синюшность кожного покрова, выражение страдальческое
2	Потливость	Незначительная	Выраженная потливость лица	Чрезмерная
3	Характер дыхания	Несколько учащенное, ровное	Резко учащенное, периодически глубокие вдохи и выдохи	Резко учащенное, поверхностное и аритмичное
4	Качество выполнения движений	Четкое, бодрое выполнение команд	Неуверенное, нечеткое, появляются дополнительные движения. У одних детей моторное возбуждение, у других — заторможенность	Дрожание конечностей, частые покачивания, отставание от группы при ходьбе
5	Самочувствие	Хорошее, жалоб нет	Жалобы на усталость, боль в мышцах, сердцебиение. Отказ от дальнейшего выполнения заданий	Головокружение, головная боль, шум в ушах, тошнота и слабость

Графическое изображение изменения ЧСС во время занятия называют кривой физиологической нагрузки. Наибольший

подъем пульса и максимум нагрузки обычно достигается в середине занятия, что схематично изображается как одновершинная кривая. Нормальная физиологическая кривая физической нагрузки характеризуется снижениями и подъемами, подъемы соответствуют учащению ЧСС, снижение нагрузки — урежению ЧСС под влиянием дыхательных упражнений, релаксирующих упражнений, пауз для отдыха.

На одном занятии допускается (с учетом показаний и противопоказаний, продолжительности занятий) неоднократное повышение, а затем снижение нагрузки. В этом случае физиологическая кривая будет иметь несколько вершин.

В качестве методов врачебного контроля могут быть использованы:

→ функционально-диагностические, к которым относятся антропометрические исследования (динамометрия, гониометрия и др.);

→ электромиография;

→ электрокардиография;

→ пульсометрия;

→ функциональные пробы, специфичные для конкретных заболеваний.

Полученные при обследовании данные оцениваются и сопоставляются в начале и в конце тренировочного периода занятий с целью проведения анализа результативности занятий с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья.



ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

3.1. Организационно-содержательное обеспечение занятий по оздоровительной физической культуре

Оздоровительно-развивающее направление реализуется в деятельности с лицами, имеющими хронические заболевания в стадии стойкой ремиссии, функциональные нарушения и факторы риска, ограниченные возможности здоровья, в том числе с инвалидами. Основные решаемые на занятиях оздоровительной физической культурой задачи: повышение или поддержание уровня физической дееспособности и здоровья лиц с отклонениями в состоянии здоровья, развитие функциональных систем организма, а также профилактика различных заболеваний.

Оздоровительно-физкультурная тренировка представляет систему специальных физических упражнений, направленных на достижение уровня тренированности, который обеспечивает оптимальную физическую работоспособность и сохранность уровня здоровья [40]. Основное ее отличие от спортивной тренировки заключается в целевом компоненте.

Спортивная тренировка представляет собой многолетний управляемый педагогический процесс и направлена на подготовку занимающихся лиц к высоким спортивным достижениям.

Двигательные качества (выносливость, сила, быстрота, ловкость, гибкость) обеспечивают различный вклад в общее состояние здоровья детей и подростков с ОВЗ. Доказано, что выносливость напрямую связана с уровнем здоровья и качеством адаптационных реакций и представляет собой совокупность психических, морфологических, физиологических свойств организма, обеспечивающих устойчивость к утомлению в условиях мышечной деятельности. Из факторов, влияющих на развитие выносливости, авторы [15, 32, 40] указывают на функциональный потенциал центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, вегетативных функций (сердечно-сосудистой, дыхательной), наличие энергетических ресурсов в организме, уровень освоения техники двигательного действия.

С учетом этого оздоровительные занятия с обучающимися, имеющими ОВЗ, должны давать длительную равномерную нагрузку системам, отвечающим за транспорт кислорода к органам и тканям (дыхательной, сердечно-сосудистой, кровообращения). Основным средством, улучшающим работу названных систем и развивающим выносливость, являются физические упражнения циклического характера (повторение одного законченного цикла движения длительное время). Лечебный массаж и естественные факторы природы (воздух, вода, солнце) относят к дополнительным средствам оздоровления и обязательно используют в комплексе с оздоровительной тренировкой.

Сохраненные локомоторные функции у детей и подростков с нарушениями слуха, зрения, речи, легкой формой ДЦП, интеллектуальной недостаточностью позволяют им использовать упражнения циклического характера как наиболее эффективный способ развития аэробных возможностей. Тренировки в аэробном режиме, когда необходимая энергия образуется при биохимических реакциях с участием кислорода, практически исключают опасность возникновения нарушений в деятельности сердечно-сосудистой системы, поэтому должны широко применяться в работе с указанным контингентом лиц.

К аэробным относятся упражнения, выполняемые на открытом воздухе (ходьба, бег, плавание, езда на велосипеде, ходьба (бег) на лыжах, гребля, катание на коньках и ролико-

вых коньках, спортивные игры). А также упражнения, выполняемые в помещении, в том числе с использованием тренажеров: ходьба на ступеньке, ходьба на степпере (тренажер, имитирующий ходьбу по лестнице), ходьба (бег) на тредбане (бегущая дорожка), бег на месте, в зале, гребля, «ходьба на лыжах», плавание в бассейне, гимнастические упражнения (аэробика, шейпинг, стретчинг и др.), упражнения на велотренажере.

Различают общую и специальную выносливость. Общая выносливость — это способность длительное время выполнять работу умеренной интенсивности, необходима всем лицам с ОВЗ любого возраста. Общая выносливость также составляет основу развития других физических способностей и является частью базовой подготовки спортсменов в адаптивном спорте. Специальная выносливость — способность выполнять работу заданной интенсивности, преодолевать утомление в конкретном виде деятельности. Она является сложной и определяется спецификой вида спорта.

Для развития выносливости используют *равномерный, переменный, повторный* методы, а также *игровой* (он особенно результативен для детей с нарушениями в развитии). Эффективность реализации оздоровительно-физкультурных занятий определяется периодичностью занятий, длительностью, интенсивностью и характером используемых средств, режимом работы и отдыха.

Примерная структура и содержание тренировочного занятия. Оздоровительная тренировка состоит из трех частей: подготовительной, основной и заключительной. Деление занятия на три части связано с фазовым изменением работоспособности человека при выполнении физической работы. В первую фазу (*повышения*) работоспособность организма постепенно повышается, происходит согласование работы функциональных систем (центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной, мышечной систем) для дальнейшего, более высокого уровня функционирования. Вторая фаза (*устойчивости*) сохраняет повышенный уровень работоспособности некоторое время. В третью фазу (*снижения*) наступает утомление и работоспособность снижается.

Подготовительная часть (10—20 % от общего времени) необходима для того, чтобы разогреть мышцы и подготовить организм к предстоящей работе, увеличить активность деятельности его органов и систем, настроиться на решение основных

задач. В состав средств включают: ходьбу, бег в медленном темпе, общеразвивающие упражнения (ОРУ) в движении и на месте с поочередным воздействием на основные группы мышц.

Основная часть (70—85 %) связана с решением конкретных оздоровительных задач. Начинать лучше с упражнений, требующих точности движений, ловкости, повышенной скорости. Затем приступают к физическим упражнениям на развитие максимальной силы и выносливости. Применяемые упражнения должны учитывать оказываемое разностороннее воздействие на организм. Иногда в основной части может быть запланировано только одно упражнение, например оздоровительный бег оптимальной продолжительности и интенсивности, что также обеспечивает необходимый тренировочный эффект.

Содержание **заключительной части** (10—15 % времени) направлено на восстановление организма после выполнения физических нагрузок. Используются упражнения с невысокой интенсивностью, например бег в медленном темпе в течение 2—3 минут, спокойная ходьба с одновременным выполнением дыхательных упражнений, упражнения на расслабление мышц.

Дозирование величины физической нагрузки. Физическая нагрузка — определенная мера воздействия физических упражнений на организм занимающихся. Величина нагрузки характеризуется объемом и интенсивностью. **Объем** нагрузки — это величина мышечной работы, которую выполняет человек, например количество выполненных упражнений за определенный отрезок времени, километраж пройденного расстояния и другие показатели. **Интенсивность** — напряжение, которое испытывает организм при мышечной работе. Интенсивность характеризуется показателями темпа и скорости движений, частотой сердечных сокращений и др. На начальном этапе наращивание нагрузки должно идти за счет увеличения ее объема, затем по мере постепенного развития возможностей организма занимающихся — за счет ее интенсивности. Главное условие — соответствие величины нагрузок функциональным возможностям организма.

Физические нагрузки делятся на *пороговые, оптимальные, пиковые и сверхнагрузочные*. В оздоровительном направлении при проведении занятий с лицами, имеющими ОВЗ, преимущественно используют пороговые и оптимальные нагрузки. Пороговая — минимальная нагрузка, по уровню выше привычной

двигательной активности, которая дает необходимый тренировочный эффект. Например, бег три раза в неделю по 30 минут. При этом оптимальным пульсом следует считать: для новичков — 120 уд/мин; для подготовленных — 140 уд/мин; для участников соревнований — 150 уд/мин.

Оптимальной считается нагрузка определенного объема или интенсивности, которая дает максимально возможный оздоровительный эффект для индивида. Интенсивность нагрузок, оказывающих оптимальный тренировочный эффект, лежит в пределах 65—85 % от максимальной ЧСС.

Методические особенности проведения занятий оздоровительно-развивающей направленности с учащимися, имеющими ОВЗ [9, 33]. Необходимо сформировать у детей осмысленное отношение и устойчивый интерес к физкультурно-оздоровительной деятельности, определить для них адекватные нагрузки и задания, побуждать их к максимальной активности.

Обязательным является учет индивидуальных возможностей занимающихся. Исходя из закона силы И. П. Павлова, величина ответной реакции организма прямо пропорциональна величине воздействия. Но при чрезмерных воздействиях величина ответной реакции снижается. Следовательно, очень большая нагрузка не приведет к желаемому эффекту, а малая нагрузка не будет вызывать необходимых функциональных перестроек в организме. Целесообразно подбирать доступные по величине нагрузки, с которыми ребенок справляется при проявлении значительных, но не запредельных и предельных усилий. Сведения об индивидуальных возможностях занимающихся можно получить в результате применения контрольных упражнений (тестов) по физической подготовленности, осуществления врачебно-педагогического контроля.

По возможности лучше исключать неоправданные перерывы в занятиях с детьми, имеющими нарушения в развитии, для сохранения достигнутого уровня морфофункциональных изменений, который при прекращении занятий изменяется на 5—7-й день [29]. Целесообразен интервал между тренировками, при котором возникает «кумулятивный» эффект (суммирование результатов многих занятий), вызывающий адаптационные изменения в организме. Предпочтительны три занятия в неделю с однодневным отдыхом, продолжительность занятия от 30 до 60 минут. При продолжительности занятия менее 30 минут

не происходит существенных изменений в организме, а при занятиях более 1,5—2 часов возрастает опасность нарушения работы двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы.

Последовательно увеличивают интенсивность занятий, постепенно расширяют средства, используемые на тренировке, увеличивают сложность и амплитуду движений для оказания воздействия на различные мышечные группы, суставы и внутренние органы. В зависимости от самочувствия, погоды, степени подготовленности учащихся можно уменьшить или увеличить подготовительную часть (разминку), основную и заключительную части занятия.

Одно из главных правил тренировки — постепенность наращивания силы и длительности нагрузок. Следует помнить, что физическая нагрузка оказывает воздействие на все органы и системы, причем тренировочный эффект развивается с разными скоростями, а для некоторых систем и органов его трудно учесть. Поэтому темп наращивания нагрузок и продолжительности должен выбираться с большим запасом, чтобы ориентироваться на самые медленные органы. Кривая наращивания нагрузок должна приближаться к S-образной. На первых занятиях моторная плотность равна примерно 45—50 %, по мере адаптации ребенка к нагрузке можно увеличить ее до 70—75 % от общего времени занятий.

При низком уровне исходной тренированности занимающихся добавления должны составлять 3—5 % в день по отношению к достигнутому уровню, а после достижения высоких показателей — меньше. Верхние пределы возможности на тренировках с детьми и подростками, имеющими ОВЗ, и инвалидами лучше исключить [9, 34].

Для качественного разнообразия средств достаточно всего 7—12 упражнений, но при этом они должны существенно отличаться друг от друга и охватывать большое количество мышц, мышечных групп. Как уже было отмечено, следует отдавать предпочтение упражнениям, совершенствующим разные виды выносливости (общая, скоростная, скоростно-силовая и др.). Оптимальный диапазон физической нагрузки по данным физиологов находится в пределах ЧСС от 120 до 170 уд/мин, в зависимости от возраста и состояния здоровья. В этих границах существует линейная зависимость между мощностью работы, потреблением кислорода, легочной вентиляцией и минутным

объемом сердца. Лицам, имеющим отклонения в состоянии здоровья, повышать ЧСС свыше 150—160 ударов в минуту не рекомендуется.

Педагогический контроль за состоянием здоровья занимающихся. В процессе проведения физкультурно-оздоровительного занятия с детьми и подростками с ОВЗ педагогу (учителю физической культуры, тренеру, инструктору) необходимо осуществлять педагогический контроль. Основная цель педагогического контроля заключается в определении взаимосвязи между факторами воздействия (средства, методы, нагрузки) и факторами изменения (состояние здоровья, физическое развитие, физическая подготовленность) [9].

В качестве методов педагогического контроля используются: визуальное педагогическое наблюдение за тренировочным процессом; хронометрирование деятельности занимающихся с целью определения затрат времени на основные виды работы; пульсометрия для выяснения реакции сердечно-сосудистой системы на нагрузку; изучение документальных материалов (медицинских карт, планов, дневников самонаблюдения), тестирование физического развития, физической подготовленности; опрос в различных формах (анкетирование, интервьюирование).

В процессе *педагогического наблюдения* учитель (тренер) контролирует реакцию занимающихся на физическую нагрузку (изменение частоты дыхания, координации движений, цвета и выражения лица, повышение потливости и т. п.); определяет уровень физической нагрузки по признакам утомления (табл. 3).

Таблица 3

Соответствие физической нагрузки состоянию здоровья и уровню физической подготовленности детей

№ п/п	Внешние признаки состояния детей	Степень утомления		
		несильное	сильное (I степень)	сильное (II степень) (переутомление)
1	Покраснение	Небольшое	Значительное	Резкое, возможно посинение или побледнение
2	Потливость	Небольшая	Большая (выше пояса)	Резкая (ниже пояса), выступание солей на коже

№ п/п	Внешние признаки состояния детей	Степень утомления		
		несильное	сильное (I степень)	сильное (II степень) (переутомление)
3	Движение	Бодрая походка	Неуверенный шаг, легкое покачивание при ходьбе, отставание на марше	Появление нескоординированных движений, отказ выполнять движение
4	Внешний вид, ощущения	Обычный	Усталый, небольшая сутулость, снижение интереса к окружающему	Изможденный, большая сутулость, сердцебиение, жжение в груди, головная боль, слабость, апатия, тошнота, рвота
5	Мимика	Спокойная	Напряженная	Искаженная
6	Внимание	Безошибочное выполнение указаний	Неточность в выполнении команд, ошибки при смене направления движений	Неправильное выполнение команд, воспринимаются только громкие команды
7	Пульс, уд/мин	110—150	160—180	180—200 и более

Проведение *опроса* дает возможность получить информацию от занимающихся до, во время и после занятий физическими упражнениями: о самочувствии (боли в мышцах, в области сердца, в правом подреберье, особенно при беге, головные боли, головокружение и т. п.), о настроении (желание или нежелание заниматься физическими упражнениями).

Показания ЧСС говорят о влиянии физических упражнений на сердечно-сосудистую систему. Поэтому важно измерять ЧСС во время занятия. Обычно частоту пульса подсчитывают в течение минуты (что позволяет уменьшить ошибки); можно в течение 10 или 15 секунд, тогда следует умножить полученное число соответственно на 6 или 4. Частота сердечных сокращений зависит от индивидуальных особенностей человека и может заметно отличаться от средних данных, в частности, у девочек,

как правило, пульс больше на несколько ударов, чем у мальчиков. Изменение пульса под воздействием регулярных занятий физическими упражнениями происходит медленно. Однако отрицательные сдвиги, вызванные перегрузкой, проявляются быстро и выявляются по изменению ЧСС и дыхания при проведении функциональных проб (например, проба с приседаниями). Измерение ЧСС проводится несколько раз во время занятия (в разных частях) и после него, что позволяет достаточно точно оценить реакцию организма на физические нагрузки.

Измерение артериального давления. Давление, которое оказывает на стенку артерии находящаяся в ней кровь, называется артериальным давлением (АД). Различают систолическое (СД) и диастолическое (ДД) артериальное давление. Систолическое давление (максимальное) — это наибольшая величина давления в артериях в момент сокращения и выброса крови сердца (при систоле сердца). Диастолическое (минимальное) — наименьшая величина давления в артериях в момент расслабления между сокращениями (при диастоле сердца).

Измерение АД проводится в плечевой артерии с помощью электронного тонометра или сфигмоманометра (аппарат Рива-Роччи) в положении сидя или лежа (исключая скрещивание ног). Руку при этом обнажают, разгибают в локтевом суставе и укладывают на стол на уровне сердца ладонью вверх. Полученные данные сравнивают со средними статистическими табличными по артериальному давлению. Рассчитать АД с учетом возраста можно по формуле: АД сист. = $1,7 \times \text{возраст} + 83$; АД диаст. = $1,6 \times \text{возраст} + 42$.

Отклонения от возрастной нормы показателей АД могут быть вызваны разными причинами. Артериальная гипертония (повышенное давление) встречается у 8—10 % школьников младшего возраста, а у обучающихся среднего школьного возраста (в период полового созревания) у 16—18 %. Артериальная гипотония (пониженное давление) встречается, как правило, у физически ослабленных детей. При мышечной работе АД возрастает. Систолическое артериальное давление в этом случае может превысить исходный уровень в 1,5—2 раза.

По формуле $ПД = АД \text{ сист.} - АД \text{ диаст.}$ можно определить пульсовое давление. В норме у здорового человека пульсовое давление (разница между СД и ДД) составляет примерно 45 мм рт. ст. Исследование АД у школьников начиная с 7 лет помогает

своевременно провести диагностику врожденных пороков сердца, почечной патологии и имеет большое значение для профилактики сосудистых заболеваний.

Самостоятельные физкультурно-оздоровительные занятия.

Прежде чем приступить к самостоятельным тренировкам, необходимо определить состояние своего здоровья, физического развития и уровня физической подготовленности, а также общего самочувствия.

Необходимо обращать внимание на характер ночного сна и пробуждения. Правильная физическая нагрузка, активный образ жизни улучшают сон, делают его более глубоким и спокойным. Самочувствие отражает общее состояние всего организма и, главным образом, состояние центральной нервной системы. Оценивается как хорошее, удовлетворительное, плохое (неудовлетворительное). При регулярных и методически правильно организованных занятиях у детей и подростков с ОВЗ отмечается ощущение бодрости, прилива энергии, жизнерадостности. В случае физической перегрузки отмечается плохое самочувствие, утомление, отсутствие желания заниматься, пониженная работоспособность.

Результаты самоконтроля и самонаблюдения за состоянием своего организма, физическими показателями, функциональными фиксируются в дневнике самонаблюдения. Это помогает в процессе оздоровительной тренировки контролировать физическое состояние занимающихся лиц с ОВЗ и вносить соответствующие коррективы в индивидуальные программы оздоровительной тренировки.

3.2. Современные технологии физкультурно-оздоровительной направленности в процессе физического воспитания

В настоящее время внедрены и широко применяются новые системы оздоровительной направленности, являющиеся доступными, простыми в реализации и эффективными. Это прежде всего система Купера (контролируемые беговые нагрузки); система Амосова (режим 1000 движений); калланетика и другие системы.

Следует также отметить современные нетрадиционные технологии, которые успешно используются в образовательном процессе с детьми и подростками с ОВЗ и способствуют улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, развитию общей выносливости, улучшению внешних форм тела, а также психоэмоционального состояния, общего самочувствия, настроения.

Они применяются как в структуре урока физической культуры с детьми, имеющими ОВЗ (суставная гимнастика, дыхательная гимнастика, самомассаж, точечный массаж и др.), в ходе одной из его частей, так и в виде дополнительных занятий для расширения двигательной активности детей с ОВЗ. К ним относят оздоровительную аэробику и ее разновидности: степ-аэробику, аквааэробику, футбол-аэробику, танцевальную аэробику; шейпинг; стретчинг, волновую гимнастику и др.

Целесообразным будет рассмотрение некоторых из перечисленных технологий, которые, на наш взгляд, наиболее адекватно решают поставленные задачи физического воспитания, а также являются оптимальными для реализации с детьми и подростками с ОВЗ в условиях образовательных организаций.

→ Оздоровительная аэробика

Включает в себя серию беговых и прыжковых упражнений, оказывающих тренирующее влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы [23]. Прыжки и приседания развивают скоростно-силовые качества. Наклоны увеличивают гибкость в поясничном отделе позвоночника. В зависимости от подбора серии упражнений и темпа движений занятия аэробикой могут иметь спортивную или оздоровительную направленность.

На занятиях, направленных на развитие кардиореспираторной системы, ЧСС не должна превышать 130—40 уд/мин. Продолжительность занятий до 40 минут. Начинаются занятия с 10-минутной разминки, после которой выполняются танцевальные движения продолжительностью до 20 минут. Танцевальные упражнения через 2—3 минуты следует чередовать с силовой подготовкой в течение 30 секунд. После проведения силового комплекса следует проводить небольшой период расслабления с контролем за ЧСС. Подсчет ЧСС проводится на лучевой или общей сонной артерии в течение 10 секунд, полученную величину умножают на 6. Интенсивность танцевальных упражнений следует уменьшить, если ЧСС превышает 150—170 уд/мин.

Занятия аэробикой должны заканчиваться дыхательными упражнениями, ходьбой, упражнениями локального характера. Для профилактики травматизма необходимо соблюдать ряд правил: обязательная разминка перед занятиями, включающая упражнения на растягивание мышечных групп, окружающих суставы; выполнять упражнения нужно легко, избегая резких движений; программу непрерывной нагрузки занимающиеся должны выдерживать без особого напряжения; занятия следует проводить 3—4 раза в неделю. Учитывая, что занятия аэробикой проходят с музыкальным сопровождением, положительное влияние оказывается также на психоэмоциональное состояние лиц с ОВЗ.

➔ Фитбол-аэробика

Это система физических упражнений с использованием специальных (высокопрочных) надувных мячей большого размера (фитболов). Гимнастика с фитболами применяется с целью профилактики и коррекции различных заболеваний опорно-двигательного аппарата. В частности, при нарушениях осанки, в случае сутулостью и круглой формы спины следует выполнять упражнения лежа на мяче на спине, а при плоской и кругловогнутой — лежа на мяче на животе. Упражнения с фитболами используются для развития двигательных качеств (гибкости, силы, координации движений, равновесия, ориентировки в пространстве), развития сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Фитбол-аэробика способствует также развитию музыкально-ритмических, творческих способностей.

Форма гимнастических мячей обеспечивает оптимальную нагрузку, создание комфортных условий с точки зрения нагрузочных воздействий на позвоночник. Диаметр мячей подбирается в соответствии с ростом занимающегося: при росте менее 165 см — 55 см; при росте до 178 см — 65 см; при росте выше 178—75 см (мячи могут достигать и 1 м). Критерием правильности выбранного диаметра мяча является угол между бедром и голенью сидящего на мяче человека, который (при правильном положении сидя) должен составлять угол 95—110 градусов.

Используя разнообразные исходные положения с гимнастическим мячом, можно оказывать избирательные воздействия на различные группы мышц. Двигательные действия с фитболом следует включать в подвижные игры, эстафеты в структуру урока по физической культуре или проводить дополнительные занятия с обучающимися специальных медицинских групп.

➔ Оздоровительное плавание

Плавание является видом аэробной нагрузки, в работу вовлекаются все основные мышечные группы. Так как давление воды выталкивает любое тело, погруженное в нее с силой, равной массе вытесненной воды, то тело, находящееся в воде, теряет $\frac{9}{10}$ своего веса. По этой причине уменьшается нагрузка на позвоночник, стопы и суставы нижних конечностей; также уменьшается статическое напряжение мышц по удержанию туловища. В связи с чем плавание оказывает положительное влияние при нарушениях осанки, различных патологиях, сколиозах, травмах позвоночника.

Оздоровительное влияние плавания также связано с пребыванием в воде, так как в горизонтальном положении и относительной невесомости облегчается венозный возврат крови к сердцу, уменьшается нагрузка на сердечно-сосудистую систему [23]. Одно только пребывание в воде без движения увеличивает расход энергии в 2—3 раза, так как теплопроводимость воды в 25 раз больше, чем воздуха. При движении вследствие высокого сопротивления воды на 1 м пути расходуется в четыре раза больше энергии, чем при ходьбе с такой же скоростью. Поэтому плавание используют как средство оздоровления при ожирении.

Плавание в открытых водоемах считается более полезным, потому что отсутствует вредное действие хлора воды и воздуха. Вследствие затрудненного вдоха (давление воды на грудную клетку) и выдоха (в воде) плавание способствует развитию аппарата внешнего дыхания и жизненной емкости легких (ЖЕЛ). В зависимости от функциональных возможностей лица при занятии плаванием различают три режима тренировок.

Режим малых нагрузок предусматривает использование упражнений со вспомогательными, поддерживающими приспособлениями (круг, доска). Время водных упражнений длится от 10 до 30 минут — в зависимости от температуры воды.

При *режиме средних нагрузок* рекомендуется плавание произвольным способом, плавание без выноса рук из воды. Темп движений кролем до 75 гребков в минуту. При плавании брасом темп движений — 20—30 гребков в минуту. Допустимо плавание под водой с дыханием через трубку. Время упражнения — от 10 до 30 минут с отдыхом через 25—30 метров.

При *режиме с большой нагрузкой* рекомендуется плавание произвольным стилем, брасом, кролем. Темп движений сред-

ний: кролем до 80 гребков, брассом до 35 гребков в минуту. Время плавания 30—50 минут с отдыхом через каждые 100—150 метров.

Детям и подросткам с ОВЗ, имеющим низкий уровень физической подготовленности, рекомендуется проплыть не менее 300—500 метров. Если в процессе занятия плаванием занимающийся сильно устает, можно рекомендовать плавание с ластами. Для достижения оздоровительного эффекта от плавания необходимо перемещаться в воде с такой скоростью, при которой ЧСС достигает 130 уд/мин. В воде также можно заниматься ритмической гимнастикой, ходьбой, плавными приседаниями, имитировать греблю, выполнять круговые движения руками, упражнения на растяжение.

Пребывание в воде связано с раздражением анализаторов (тактильный, температурный, проприоцептивный и вестибулярный), что формирует чувство воды, закаливает. Тренировка вестибулярного анализатора связана с многократными поворотами головы во время вдоха и выдоха при плавании кролем.

➔ Стретчинг

Физкультурно-оздоровительная система «стретчинг» возникла в 50-е годы прошлого века в Швеции, а затем она нашла свое применение и в спорте. В переводе с английского языка («stretching») название «стретчинг» означает «растяжка». Это — система упражнений, направленных на совершенствование гибкости и развитие подвижности в суставах [33], повышение работоспособности, профилактику травматизма, восстановление после травм. Используются такие упражнения в процессе проведения утренней гигиенической гимнастики, подготовительной части или заключительной части урока (занятия), а также как средство спортивной подготовки во многих видах спорта. Используют 2 типа упражнений, при выполнении которых происходит растягивание (удлинение) мышц, — статические и динамические.

Динамические — маховые движения руками и ногами, сгибания, разгибания туловища, которые выполняются с большой амплитудой и значительной скоростью. В этом случае удлинение определенной группы мышц оказывается сравнительно кратковременным, пока продолжается период выполнения маха

или сгибания. Скорость растягивания мышц обычно пропорциональна скорости махов и сгибаний.

Статические — медленные движения (сгибание или разгибание туловища и конечностей), при помощи которых удерживается определенная поза занимающегося в течение 5—60 секунд. При этом можно напрягать растянутые мышечные группы (периодически или постоянно). Статические упражнения с растягиванием мышц и получили название «стретчинг». Медленные динамические движения, завершающиеся удержанием статических положений в конечной точке амплитуды движения, более эффективны для развития гибкости, чем маховые и пружинящие. Физиологической основой таких упражнений является активизация мышечных волокон за счет их сокращения в ответ на растяжение.

Различные способы растягивания рефлекторно вызывают реакцию со стороны нервной системы, улучшают трофические процессы в коже, мышцах и сухожильно-связочном аппарате. При расслаблении мышцы снижается ее потребность в кислороде и уменьшается поток импульсов, идущих от рецепторов мышц, связок, суставов и центральной нервной системы. Мышечная релаксация, используемая в различных вариантах, помогает регулировать нервные процессы, приостановить ненужное расходование энергии, снять утомление, дать ощущение покоя. Повторяющийся переход от напряжения мышц к расслаблению способствует своеобразной гимнастике нервных центров.

Организация и содержание занятий. Основными приемами, используемыми при проведении стретчинга, являются: активное и пассивное растягивание мышц пружинящими движениями; активное и пассивное удержание мышц в растянутом положении в течение определенного времени с постепенным увеличением амплитуды растягивания; вибрирующее встряхивание растянутых мышц, постепенное увеличение амплитуды растягивания; напряжение растягиваемых мышц с последующим их расслаблением и увеличением амплитуды растягивания [32].

Динамические упражнения выполняются сериями. В каждый подход рекомендуется сделать 10—12 активных движений. Продолжительность маховых упражнений 10—15 секунд. Количество движений в разных суставах различно (от 20 до 100), темп движения — невысокий. При выполнении упражнений можно использовать помощь партнера, технические устройства, амортизаторы, отягощения.

Статические упражнения обеспечивают наилучшие условия для растягивания определенных групп мышц. В насильственно растянутой мышце происходит сокращение мышечных волокон, и она активизируется. В результате усиливаются обменные процессы.

Прежде чем приступить к занятиям, следует провести тестирование гибкости, индивидуальные показатели сравнить с нормативными показателями. В дальнейшем можно, сравнивая их, вносить коррективы. Оптимальным вариантом является использование бега и стретчинга, аэробики и стретчинга, атлетической гимнастики и стретчинга. В этом случае будет осуществляться воздействие на кардиореспираторную систему и нервно-мышечный аппарат.

Целесообразно составить два тренировочных комплекса. В первом комплексе, избирательного действия, выполняются физические упражнения, при которых происходит растягивание одних и тех же мышечных групп. При этом оказывается локальный, значительный по величине тренирующий эффект. Второй комплекс характеризуется смешанным воздействием. Используется 5—7 упражнений, каждое из которых воздействует на определенную мышечную группу. В этом случае величина тренировочного эффекта будет незначительной.

Занятия проводят по 15—30 минут ежедневно, чередуя комплексы локального и смешанного воздействия. Примерный состав физических упражнений включает: 6—9 упражнений для мышц бедра, паха, голеностопных, коленных суставов; 2—3 упражнения для растягивания мышц спины, затем 4—5 упражнений для мышц рук и плечевого пояса. Завершают комплекс 1—2 упражнения на расслабление (исходное положение лежа или на боку).

Планирование и контроль нагрузки при выполнении физических упражнений в стретчинге осуществляются с помощью компонентов нагрузки: продолжительности и интенсивности упражнения, количества повторений и продолжительности интервалов отдыха, характера отдыха [15].



РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

4.1. Основы организационно- содержательного обеспечения занятий по адаптивной физической культуре

*А*даптивная физическая культура (АФК) — одно из направлений в отечественной системе реабилитации лиц с инвалидностью. Дополняющее определение «адаптивная» подчеркивает ее предназначение для людей со стойкими нарушениями функций вследствие заболеваний, повреждений, дефектов.

Целевая направленность АФК заключается в развитии жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья, за счет обеспечения оптимального функционирования его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизация для максимально возможной самоактуализации [6, 32]. В соответствии с концепцией адаптивной физической культуры, разработанной педагогическим коллективом Санкт-Петербургской государственной академии физической культуры имени П. Ф. Лесгафта, АФК является новой, активно разви-

вивающейся интегративной областью образования, науки, культуры, социальной практики и включает в себя физическую культуру, медицину, коррекционную педагогику, большое количество сведений медико-биологических, социально-психологических дисциплин.

Адаптивная физическая культура объединяет в себе такие компоненты (виды), как адаптивный спорт (АС), адаптивную двигательную рекреацию (АДР), адаптивное физическое воспитание (АФВ) обучающихся специальных (коррекционных) образовательных организаций, учащихся медицинских групп в образовательных организациях, креативные телесно-ориентированные практики (КТОП) и экстремальные виды двигательной активности (ЭВДА). Указанные виды направлены на удовлетворение разнообразных потребностей личности с ОВЗ, имеют свои средства, методы и формы реализации.

В процессе занятий АФК решаются общепедагогические (образовательные, воспитательные, оздоровительные) и специфические (коррекционные, компенсаторные, профилактические).

Общие задачи в адаптивной физической культуре направлены:

— на формирование необходимых знаний в области физической культуры личности; воспитание потребности и умения самостоятельно заниматься физическими упражнениями;

— обучение основам техники движений, формирование жизненно необходимых умений, навыков; развитие двигательных способностей;

— укрепление здоровья, содействие физическому развитию, повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды;

— воспитание нравственных и волевых качеств, приучение к организованности, ответственности за свои поступки, любознательности, активности и самостоятельности.

Специфические задачи в основном направлены на преодоление (сглаживание) психических или физических недостатков лиц с ОВЗ. Их можно классифицировать следующим образом:

→ коррекция техники основных движений (ходьбы, бега, плавания, прыжков, лазанья, перелезания, метания, мелкой моторики и др.);

→ коррекция и развитие координационных способностей (согласованности движений отдельных частей тела, дифференцировки усилий, времени, пространства, равновесия и т. п.);

→ коррекция и развитие физической подготовленности (мышечной силы, элементарных форм скоростных, скоростно-силовых качеств, ловкости, выносливости, подвижности в суставах);

→ коррекция и развитие сенсорных систем: развитие зрительной и слуховой памяти, устойчивости к вестибулярным раздражениям; дифференцирование тактильных ощущений и др.;

→ компенсация утраченных (нарушенных) функций, формирование новых видов движений за счет сохранных функций;

→ профилактика и коррекция соматических нарушений (осанки, плоскостопия, дыхательной, сердечно-сосудистой систем), профилактика простудных, инфекционных заболеваний, травматизма.

4.2. Характеристика базовых средств и методов

В адаптивной физической культуре *основным средством* является физическое упражнение, с помощью которого достигается направленное воздействие на занимающихся, в частности, развитие ОДА, повышение силы, тонуса, эластичности мышц; улучшение кровообращения, обмена веществ.

Все упражнения в процессе занятий с обучающимися с ОВЗ делятся на группы в соответствии с имеющимися классификационными признаками. Кроме общепринятых видов упражнений (по целевой направленности, исходному положению, воздействию на развитие физических качеств, биомеханической структуре и др.), авторы [6, 32] предложили дополнительно ввести следующие виды упражнений:

— по интенсивности выполнения заданий, отражающей степень напряжения физиологических функций: упражнения низкой интенсивности (ЧСС — до 100 уд/мин), умеренной (ЧСС — до 120 уд/мин), тонизирующей (до 140 уд/мин), тренирующей (160 уд/мин и более);

— по видам спорта для разных нозологических групп инвалидов: для инвалидов по зрению, слуху, интеллекту и др.;

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

— по степени самостоятельности выполнения: активное самостоятельное, с поддержкой, помощью, страховкой, тактильным сопровождением движений, с помощью протезов, технических устройств, в ходунках, коляске, в условиях разгрузки (на подвеске), в форме ортопедической укладки и др.;

— по интеграции междисциплинарных связей: художественно-музыкальные, хореографические танцевальные, упражнения формокоррекционной ритмопластики (работа с глиной), рисование, упражнения, связанные с ролевыми двигательными функциями в сказко-, драмо-, игротерапии, тематических игровых композициях.

К дополнительным средствам адаптивной физической культуры, как и в обычной физической культуре, относят естественно-средовой (использование воды, воздушных, солнечных ванн) и гигиенический (правила и нормы общественной и личной гигиены) факторы.

В частности, для людей с нарушением зрения площадки для занятий на воздухе должны быть заранее подготовлены: определены размеры, по периметру установлены ограничительные ориентиры, исключены помехи; для слабовидящих важно иметь яркий инвентарь и оборудование разных цветов, озвученную атрибутику. Для инвалидов с поражениями ОДА при проведении, например, волейбола сидя во избежание микротравм тщательно готовится поверхность пола. Для лиц, передвигающихся в колясках, обеспечивается свободный доступ к душевым, раздевалкам, туалетам. Особого внимания требует техническое оснащение, безопасность спортивного оборудования, физическая помощь и надежность страховки.

Вышеуказанные основные и дополнительные средства АФК рекомендуется использовать в комплексе со средствами медицинской и психологической реабилитации для усиления эффекта воздействия на организм лиц с ОВЗ, например, аппаратной физиотерапией, массажем, мануальной терапией, игло-рефлексотерапией, фитотерапией, душами, ваннами, банями, аутотренингами, медитацией и другими.

Методы адаптивной физической культуры. «Метод» определяют как способ достижения цели, совокупность действий педагога и учащихся в связи с организационно-содержательным обеспечением образовательной деятельности [46]. Основные группы методов, применяемые в АФК: методы формирования

знаний, обучения двигательным действиям, развития физических качеств и способностей, воспитания личности, взаимодействия педагогов и занимающихся.

Методы формирования знаний (слова и наглядности) решают задачи усвоения представлений, понятий, правил, условий успешного овладения двигательными умениями; создания интересов, мотивов, установок сознательного использования физических упражнений. Основные приемы *речевого воздействия*:

— с помощью вербальной передачи информации (объяснение, описание, указание, суждение, приказ, беседа и т. д.);

— невербальной (неречевой) передачи информации в виде пластики, жестов, дактильной речи и др.;

— сопряженной речи (одновременное созвучное произнесение несколькими людьми фраз, слов);

— идеомоторной речи (самостоятельное мысленное проговаривание «про себя» отдельных слов, заданий, побуждающих к саморегулированию двигательной деятельности).

Метод *наглядности* построен на основе чувственного восприятия информации, поступающей от зрительных, слуховых, тактильных, кинестетических, вестибулярных, других анализаторов, создающих сенсорно-перцептивный образ движения. При этом ощущения, восприятия служат ориентировочной основой для формирования двигательных умений, построения техники с минимальным количеством ошибок.

К методам обучения двигательным действиям относят: метод строго регламентированного упражнения, который предполагает изучение двигательных действий расчлененно-конструктивным и целостным способами; метод частично-регламентированного упражнения, используемый для изучения новых видов двигательной деятельности с помощью разнообразных форм игровой и соревновательной деятельности. Метод *расчлененно-конструктивного обучения* характеризуется дроблением и последовательным освоением частей упражнения, что обусловлено его сложной организационно-координационной структурой. Это требуют от занимающихся способности к выполнению движений, наименее развитых у лиц с ОВЗ, а также длительного времени, что снижает интерес к учебной деятельности. Кроме этих причин, на этапе реабилитации после травм и заболеваний целостное движение не всегда возможно.

Метод *целостного обучения* применяется при изучении фи-

зического упражнения в полном объеме его структуры. Он используется при обучении простым упражнениям; тем, которые не делятся на части; при объединении в целое действие.

В настоящее время широкое распространение получили технические устройства, тренажеры, позволяющие обучать движениям, контролировать действия занимающихся, корректировать и развивать их двигательные способности. Из наиболее известных можно назвать: костюм «Адели», динамический пароподиум, тренажер «Гросса», технологию «Экзарта», имитационные игры, комплекс «Сенсорная комната» и др.

Методика обучения двигательным упражнениям детей-инвалидов отличается от традиционно используемой в физической культуре, прежде всего наполнением этапа формирования представления и разучивания двигательного действия, а также методическими приемами, используемыми для этого [1].

На первом этапе — *начального обучения двигательным действиям* — ставятся следующие задачи:

1. Сформировать общее представление о закономерностях изучаемого двигательного действия.
2. Изучить технику двигательного действия по частям.
3. Сформировать предпосылки общего ритма изучаемого упражнения.
4. Устранить возникновение ошибок в технике изучаемого действия.

Решение первой задачи осуществляется на протяжении всего процесса обучения, постепенно расширяя и дополняя представление о двигательном действии. На данном этапе применяются методы наглядной демонстрации, словесный, практические методы — строго регламентированного упражнения, частично регламентированного упражнения. Соревновательный метод применяют с осторожностью, потому что сознание и мышечная деятельность будут направлены не на способ освоения техники, а на быстрее выполнение, что приведет к появлению ошибок.

На втором этапе — *углубленного изучения двигательных действий* — решаются такие задачи:

1. Расширить понимание биомеханических закономерностей изучаемых двигательных действий.
2. Уточнить технику двигательного действия по пространственным, временным, динамическим и другим характеристикам.

3. Совершенствовать ритм изучаемого двигательного действия.

4. Сформировать предпосылки вариативного выполнения изучаемого действия.

Применяются преимущественно практические методы обучения, указанные выше.

На третьем этапе — *совершенствования двигательного действия* — ставятся и достигаются следующие задачи:

1. Закрепление навыка техники изучаемого двигательного действия.

2. Индивидуализация и вариативность проявления техники действия.

3. Создание предпосылок перестройки элементов техники изучаемого действия.

На этом этапе используются подводящие упражнения (содержат отдельные элементы упражнения), имитационные, воспроизводящие структуру основного упражнения, но в других условиях, и специальные упражнения, которые служат для совершенствования ключевых фаз движения, закрепления и коррекции характеристик техники, а также развития физических качеств.

Система обучения новым двигательным действиям лиц с ОВЗ, в том числе инвалидов, включает подсистему контроля за качественным уровнем техники. При этом учитывается степень автоматизма двигательного действия, устойчивость двигательного навыка в условиях эмоциональных сдвигов, вариативность проявления техники изучаемых двигательных действий, устойчивость техники изучения двигательных действий в условиях утомления с сохранением высокого результата, а также результат, достигнутый в условиях соревновательной деятельности лиц с ОВЗ и инвалидов.

Из *методов воспитания личности* в АФК используют метод воспитывающей среды; воспитывающей деятельности; осмысление человеком себя в реальной жизни, которые можно назвать стратегическими, и методы педагогического воздействия (убеждение, упражнение, стимулирование).

Воспитывающая среда означает организацию жизнедеятельности во взаимодействии с окружающим миром, где каждый человек — объект среды и объект воздействия среды. Содержанием среды как фактора социального развития личности выступает культурное, ценностное, предметное, поведенческое,

событийное окружение. Формируя в социальной ситуации воспитывающее начало, педагог тем самым создает воспитывающую среду, и здесь она рассматривается как необходимый механизм комплексного влияния на человека с ограниченными возможностями здоровья и инвалида.

Воспитывающая деятельность предполагает вовлечение занимающихся в разнообразные виды активной деятельности (нравственная, физкультурная, эстетическая и др.), в процессе которой формируются новообразования в личностной структуре. Деятельность человека служит средством удовлетворения разнообразных потребностей и является фактором собственного развития.

Осмысление человеком себя в реальной жизни означает взаимодействие с окружающими людьми, систему его социальных отношений, выбор ценностных ориентаций. В сравнении со здоровыми людьми, у лиц с функциональными нарушениями этот процесс сопровождается ограничением мобильности, коммуникативности. Поэтому основные факторы воспитания занимают особое место в жизни и становлении личности с ОВЗ. Профессиональное внимание педагога на действиях, словах и интонациях воспитанника, формирующих отношение к социально-культурным ценностям, помогает выработать внутренние установки для собственной активности, самовоспитания, способно вселить надежду и уверенность в своих силах.

К методу педагогического воздействия авторы [6, 32] относят метод убеждения, упражнения и педагогической оценки. Используют основные приемы *убеждения*: сообщение, диалог, дискуссия, суждение, мнение, совет, обмен впечатлениями и т. д. Метод *упражнения* реализуется через личный пример, просьбу, показ-инструкцию, приказ к действию, специальный тренинг. Метод *педагогического стимулирования* имеет две разновидности: открытая и скрытая педагогическая оценка. Виды открытой — одобрение, похвала, благодарность (поощрение); неодобрение, замечание, лишение удовольствия (наказание). Для детей с нарушениями в развитии большое значение имеет положительное подкрепление, создание ситуации успеха, пусть даже в решении самой незначительной задачи.

Из *методов организации взаимодействия педагога и занимающихся* применяют: индивидуальные, индивидуально-групповые и малогрупповые занятия. *Индивидуальные* позволяют индиви-

дуализировать содержание учебного материала, методы, приемы, темпы усвоения учебной деятельностью в соответствии с реальными возможностями лиц с ОВЗ. *Индивидуально-групповые* (2—6 человек) обычно распространяются на две части занятия (дети с ДЦП и др.). Первая часть, чаще подготовительная, проводится совместно со всеми детьми, подбираются доступные всем упражнения. Вторая часть состоит в персональных заданиях каждому и осуществлении контроля за их выполнением.

На *малогрупповых занятиях* (10—12 человек), как правило, занимаются дети из одной нозологической группы (только с нарушением слуха или зрения), что позволяет решать общие задачи, использовать единые средства и методы, создавать условия взаимодействия и коллективных действий.

Система занятий по физическому воспитанию детей и подростков с ОВЗ включает у р о ч н у ю форму занятий в соответствии с реализацией образовательных программ для лиц с ОВЗ [8]. С целью расширения двигательной активности детей, общения их к доступной физкультурно-спортивной деятельности используют также в н е у р о ч н ы е формы организации занятий АФК и самостоятельные занятия физической активностью.

Основная форма занятий в образовательных организациях — урочная (урок физического воспитания, урок ЛФК, урок АФК, тренировочное занятие). Уроки могут иметь разную направленность: образовательную, коррекционно-развивающую, оздоровительную, лечебную, спортивную и рекреационную. Наиболее типичными являются комплексные уроки.

Структура урока традиционно предполагает три части. Содержание занятия соответствует разделам программы по учебной физической культуре, которая разрабатывается в соответствии с ФГОС и примерной образовательной программой. В процессе организации и проведения занятий обязательно учитываются данные медико-психолого-педагогического обследования учащихся, определение уровня физической подготовленности, двигательных возможностей учащихся. С учетом этого используют адекватные средства, методы и формы обучения, формирования и развития двигательных умений, навыков, качеств детей с ОВЗ.

Неурочные формы адаптивной физической культуры применяют в режиме дня, учебной недели: утренняя гигиеническая гимнастика, гимнастика до учебных занятий, организован-

ные игры, спортивный час, подвижные перемены, др. К внеклассным занятиям АФК относятся физкультурные праздники (см. приложение 7), викторины, конкурсы, развлечения, соревнования; прогулки и экскурсии, дни здоровья. Во внешкольное время организуются занятия в летних и зимних оздоровительных лагерях, реабилитационных центрах, семейно-оздоровительных клубах.

→ Утренняя гигиеническая гимнастика (УГГ)

Из малых форм физической культуры утренняя гимнастика является обязательным компонентом физкультурно-оздоровительной работы в режиме дня школьника [13, 19, 46]. Систематическое ее применение постепенно воспитывает у детей привычку к физическим упражнениям, связанную с приятными мышечными ощущениями, положительными эмоциями [9]. УГГ представляет собой комплекс физических упражнений (ОРУ без предметов или с предметами — гантелями, резиновыми бинтами, скакалками, гимнастическим палками, мячами). Ее задачи: оптимизация функционального состояния важнейших систем организма, ликвидация застойных явлений после сна, активизация сердечно-сосудистой, дыхательной, мышечной и других систем организма, снятие остаточного торможения после сна, обеспечение двигательной нагрузки всех мышечных групп.

Организационно-педагогические требования. Подбор упражнений УГГ осуществляется с учетом физического состояния детей, их возраста, уровня развития двигательных умений и навыков, условий и места проведения. Лучше использовать легкие, хорошо знакомые упражнения [19]. Предпочтение отдается динамическим упражнениям, статические и с натуживанием нежелательны для использования. Предварительно разрабатываются комплексы упражнений, определяется последовательность выполнения, дозировка, и постепенно их осваивают.

Обычно в комплексы включаются 7—10 упражнений, каждое повторяют 3—7 раз, через 7—10 дней в комплекс вводится 1—2 новых упражнения. Содержание комплекса выполняется в определенной последовательности с вовлечением в работу различных групп мышц:

1. Упражнения для мышц плечевого пояса типа «потягивание».

2. Упражнения для развития мышц брюшного пресса, ног.
3. Упражнения для мышц спины и гибкости позвоночника.
4. Бег, прыжки, подскоки.

Начинается и заканчивается комплекс ходьбой или медленным бегом с переходом на ходьбу и выполнением дыхательных упражнений. Целесообразно использовать ходьбу в сочетании с дыхательными упражнениями. Движения прodelьваются в темпе, соответствующем состоянию ребенка (подростка) и характеру упражнений (для ослабленных более медленный, затем средний). При более трудных упражнениях темп замедляется, при облегченных упражнениях для дистальных участков конечностей темп увеличивается. Движения выполняются с большой амплитудой, широко используются упражнения на растяжение мышц.

Для ослабленных лиц интенсивность нагрузки уменьшается за счет удлинения пауз между упражнениями, включения дыхательных упражнений и облегченных И.п.

Методы проведения утренней гимнастики: *раздельный*, *точный* и *смешанный*. При *раздельном методе* упражнения выполняются с паузами, которые заполняются объяснением или показом упражнений. Применяют у ослабленных лиц или в самом начале занятий. При *поточном методе* (используется при достаточной физической подготовленности) упражнения следуют одно за другим, физическая нагрузка при этом возрастает. *Смешанный метод* представляет собой сочетание первых двух. Часть упражнений проводится раздельно, а часть — поточным методом.

Примерная продолжительность УГГ: для детей 3—4 лет — 5—6 минут, 6—7 лет — 7—8 минут, для учащихся 1—4-х классов — 8—10 минут, 5—8-х классов — 10—15 минут, 9—11-х классов — 15—20 минут.

В теплое время года УГГ проводится на воздухе, в холодное время года — в помещении, которое предварительно следует проветрить. Необходимо использовать гимнастический коврик, если в комплексе есть упражнения, выполняемые лежа на полу. После УГ желательно проводить водные процедуры (теплый душ, заканчивающийся холодным обливанием), обтирания. Это улучшает общее состояние, обменные реакции, способствует уравновешиванию возбуждательных и тормозных процессов, вырабатывает иммунитет к простудным заболеваниям, вызывает ощущение свежести и радости.

В качестве контроля за выполнением УГ ограничительным критерием может быть, в частности, показатель нормализации частоты пульса на пятой минуте после выполнения упражнения, требующего значительной нагрузки. Можно считать, что нагрузка в зарядке в целом не превышает целесообразной меры, если величина ЧСС к этому времени равна или близка к индивидуально обычному уровню в состоянии оперативного покоя. При относительной стандартизации зарядка в рамках определенного периода, например месяца, приобретает роль функциональной пробы. Выявление реакции на пробу может служить одним из доступных, информативных способов повседневного самоконтроля.

Превращать зарядку в занятия тренирующего типа нецелесообразно. Лучше приступать к ней не раньше, чем через час — полтора после завтрака. Она также может быть представлена в суточном режиме с более свободным нормированием нагрузки, например в середине дня.

➔ Имитационные игры с консолью [37]

Имитационные игры с консолью (см. рис.) применяют в процессе физической реабилитации лиц после перенесенных заболеваний, связанных с вынужденной неподвижностью (инсульты, инфаркты, переломы и др.). Данные инновационные технические средства в настоящее время используют также в процессе занятий с детьми, имеющими ОВЗ (с задержкой психического развития, детским церебральным параличом легкой степени). Учитывая компактные размеры консоли, незначительные затраты времени на подготовку к работе, а также большой интерес детей к играм, можно достичь положительных результатов в коррекции и развитии двигательной моторики, социально-психологических качеств детей.

Особенность «двигательных компьютерных игр» заключается в замене мануального управления компьютерами управляющими приемами, которые являются следствием регламентируемых двигательных действий. Метод проведения занятий при помощи игровой консоли с инновационным контроллером позволяет иметь дополнительную обратную связь и получать сообщения через интернет для возможности играть в режиме онлайн.

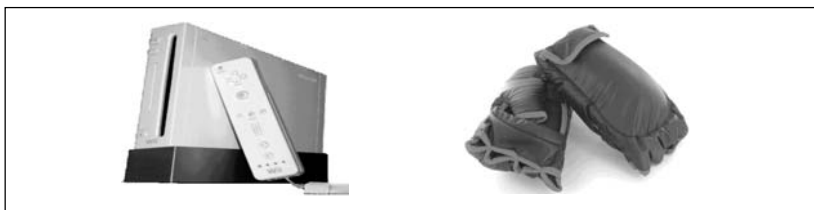


Рис. Игровая консоль Wii и аксессуары к ней

Инновационный контроллер консоли может определять свое перемещение и ориентацию в трехмерном пространстве и комбинируется с аксессуарами. Используя аксессуары, выполняющие функции ракеток, мячей, педалей, руля, клюшек, дети получают возможность имитировать разнообразие двигательные действия спортивных игр (фехтование, настольный теннис, бокс, фризби). Имитация двигательных действий при проведении игр с консолью, например, езда на велосипеде, полностью повторяет движения спортивной игры, что способствует интенсивной физической нагрузке.

Занятия с детьми проводятся в зале (спортивном, ЛФК), 3—4 раза в неделю по 45 минут. Игровая консоль является основным средством занятий, также применяются другие средства АФК. Зал условно делится на три зоны: зона имитационных игр с консолью, зона игровых занятий с предметами, зона отдыха.

Структура занятия включает три части. В первой части занятия, подготовительной (5—6 минут), решаются задачи подготовки организма детей к физической нагрузке, создания атмосферы доброжелательности, непринужденности, позитивного настроения к себе и окружающим. Применяются общеразвивающие упражнения (ОРУ), сюжетные игры. Для выполнения упражнений лучше использовать форму в круге, когда все дети видят участников, педагога (инструктора), могут взять друг друга за руки. Это позволяет преодолеть чувство стеснения, а иногда неприятие друг друга.

Во второй, основной, части занятия (30—35 минут) проводятся занятия с использованием игровой консоли. Ставятся задачи: обучить технике игры с консолью, сформировать интерес к физкультурным занятиям, способствовать коррекции и развитию эмоционально-волевых, коммуникативных качеств, социальной адаптации детей. Время одной игры составляет 2—3 минуты. В процессе занятия играют в разные виды игр. Можно

играть парами, при этом ребенку помогает педагог. Параллельно в другой зоне с детьми выполняются прыжки, упражнения с мячом, скакалкой; применяются подвижные игры, игры с предметами (кегли, мяч, обруч и др.), перетягивание каната, игры-считалки, игры в прятки.

В третьей части (3—4 минуты) решаются следующие задачи: восстановить дыхание, снять напряжение, повышенную эмоциональность и возбудимость, вернуться к прежнему психофизиологическому состоянию детей, обеспечить им максимальный отдых за короткий промежуток времени. Дети выполняют в кругу сюжетно-ролевые игры, например представляют и изображают «капающий дождик», «лисичек», которые бегут, отдыхают, прячутся в норку, «легкое дуновение ветра», «птиц, сидящих на ветке». Используются упражнения на расслабление из исходных положений стоя, сидя и лежа, потряхивание кистями рук, стопами ног, плавные движения руками и ногами. Упражнения выполняются в замедленном темпе, некоторые с закрытыми глазами.

Подбор имитационных игр с консолью осуществляется исходя из уровня сложности игр; влияния на развитие тех или иных двигательных способностей; воздействия, оказываемого на группы мышц; учета возможностей и интереса детей. В процессе проведения занятий следует избегать физических, эмоциональных перегрузок детей с отклонениями в состоянии здоровья, а также строго соблюдать порядок освоения каждой игры. Переход к следующему уровню сложности осуществляется только при освоении предыдущего.

Во время игры обращается внимание на исходное положение ребенка, сохранение правильной осанки, его перемещения по игровому полю, правильное удержание пульта в руке, нажим кнопок, направление, амплитуду движения. Используется дневник наблюдений, в котором фиксируются данные о настроении, самочувствии и проявлении интереса до начала и после окончания занятий детей с ОВЗ. Используются методы объяснения с помощью рассказа, показа; контактный метод, «пассивный»; методические приемы: одобрение, поддержка словом, телесные прикосновения, аплодирование себе и другим ребятам. Возможно проведение совместных занятий детей с нарушениями в развитии со здоровыми. В этом случае интерес к играм у детей с ОВЗ возрастает, они стараются не отставать от своих здоровых сверстников, помогать друг другу.

→ Комплекс «сенсорная комната»

Комплекс «сенсорная комната» применяется в реабилитации лиц с интеллектуальными, двигательными, сенсорными нарушениями, в частности детей с ДЦП. Он оказывает комбинированное воздействие на афферентные системы, усиливая мотивацию детей к действию. Основные задачи, решаемые в сочетании с другими средствами АФК, направлены на развитие телесных ощущений, умения произвольно расслаблять скелетную, дыхательную мускулатуру, улучшение координации движений. Применение метода сенсорной коррекции дает наилучший результат после прохождения основного лечения.

Оборудование сенсорной комнаты включает: «сухой» бассейн; водяные цилиндры, обеспечивающие вертикальные пассажи разноцветных воздушных пузырей в жидкой среде; гидроматрас с подогревом; стереоскопическое мобильное панно с меняющимися картинками; стенд для выработки навыков активности и стимуляции тактильной чувствительности, снабженный пучком световодов из оптических волокон, которые меняют окраску в руках детей.

Оказываясь в сенсорной комнате, ребенок погружается в игровую атмосферу. При этом у него появляется мотивационный настрой на выполнение той или иной задачи. В сенсорной комнате ребенку создаются условия для формирования новых, более физиологичных систем взамен патологических. Звуковой луч (тренажер) воздействует на ребенка по принципу обратной связи. Дети переключают свое сознание с выполнения обычных упражнений на интерес к игровому аттракциону. Осуществление самостоятельного контроля за своими действиями, ощущение многих видов воздействия на органы чувств способствуют активизации детей. Занятия в комплексе «Сенсорная комната» несколько раз в неделю по 20—30 минут совместно со здоровыми детьми разных возрастов ускоряют процесс коррекции, восстановления и развития детей с различными формами церебрального паралича.



ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ЛИЦАМИ, ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ

5.1. Врачебно-педагогический контроль на занятиях по адаптивной физической культуре

Врачебно-педагогические наблюдения в рамках осуществления врачебного контроля обучающихся с ОВЗ проводятся медицинским работником (врачом) совместно с учителем непосредственно во время занятий адаптивной физической культурой, спортивных тренировок и соревнований. Оценивается правильность построения занятий физическими упражнениями, распределение величины нагрузки в зависимости от состояния здоровья занимающихся, их физического развития, уровня подготовленности. Основная цель — способствовать улучшению качества процесса физического воспитания школьников с ОВЗ, получению максимального реабилитационного (коррекция, компенсация и развитие) эффекта от занятий физическими упражнениями.

Задачи врачебно-педагогического контроля: изучение учебно-методической документации (классный журнал, учебный план, тематическое планирование, конспект занятия); определение правильности разделения учащихся на группы здоровья; оценка гигиенических условий, в том числе организация первой помощи, организация и методика проведения занятий; изучение воздействия занятий на организм обучающихся; корректировка содержания физического воспитания на основе полученных данных.

Для выполнения поставленных задач используются методы визуального наблюдения, беседы, определение моторной плотности урока.

Визуальные наблюдения дают возможность судить о степени утомления по внешним признакам. Необходимо обращать внимание на окраску кожи ребенка, степень потливости, выражение лица, характер дыхания, координацию движений и внимание, а также самочувствие. Небольшое покраснение кожи, умеренная потливость, учащенное, ровное дыхание, бодрое, четкое выполнение команд и заданий, отсутствие жалоб ориентируют учителя адаптивной физической культуры на небольшую степень утомления, обычную для урока физической культуры.

Средняя степень утомления характеризуется значительным покраснением кожи, напряженным выражением лица, большой потливостью, учащением дыхания с периодическими глубокими вдохами и выдохами, нарушением координации движений (неуверенные, добавочные движения, покачивания), жалобами на усталость, учащенным сердцебиением.

Сильное утомление характеризуется резким покраснением или побледнением, иногда синюшностью кожи, общей резкой потливостью и выступанием соли на коже, одежде, резко учащенным, поверхностным и аритмичным дыханием, вплоть до одышки, отказом от выполнения упражнений, сильным нарушением координации движений (требуется опора или посторонняя помощь), дрожанием конечностей, жалобами на головокружение, шум в ушах, головную боль, тошноту, иногда рвоту. Такая выраженная степень утомления у некоторых детей свидетельствует о чрезмерности нагрузки и требует оперативных изменений в дозировке упражнений.

Определение моторной плотности урока проводится с помощью метода хронометража. Регистрируют по секундомеру отрезки времени, затраченного одним учащимся (со средним уровнем физической подготовленности) во время урока непосредственно на выполнение физических упражнений. Отношение суммы этих отрезков к общей длительности всего урока, выраженное в процентах, характеризует моторную плотность урока. Чем больше моторная плотность урока, тем выше его физиологический эффект. Например, если за 45 минут урока общая продолжительность занятий физическими упражнениями равнялась 30 минутам, то моторная плотность составит 66 %. Остальное время было потрачено на показ и объяснение, паузы отдыха и т. д.

Моторная плотность урока физической культуры более 60 % считается достаточной. При моторной плотности ниже 60 % школьники не получают оптимальной физической нагрузки, поэтому качество урока снижается, программный материал усваивается плохо, оздоровительно-тренировочный эффект выражен слабо. Исключением является урок освоения нового материала, на котором большая часть времени затрачивается на объяснение нового учебного материала.

Определение соответствия величины нагрузки и приспособляемости организма лиц с ОВЗ к тем или иным упражнениям осуществляется путем определения физиологической (пульсовой) кривой урока. Для этого подсчитывают пульс по 10-секундным отрезкам времени до начала занятий, в начале занятий и в конце каждой части урока, непосредственно перед началом и сразу после окончания отдельных физических упражнений. На основании полученных данных графически изображают физиологическую кривую урока, при этом по горизонтали отмечается продолжительность каждой части урока и отдельных наиболее интенсивных упражнений, а по вертикали регистрируется значение пульса на нагрузку по сравнению с исходными данными.

Физиологическая кривая должна иметь форму восходящей линии, поднимающейся в основной части урока на 80—100 % от исходной величины, с несколькими зубцами при наиболее интенсивных упражнениях, заметно снижающуюся к концу урока. Незначительный подъем и плоская форма кривой свидетельствуют о недостаточной нагрузке. Если пульс при отдель-

ных упражнениях не достигает 130—140 в минуту, то нельзя рассчитывать на тренировочный эффект урока. Резкое учащение пульса и отсутствие снижения физиологической кривой в конце урока указывают на чрезмерность нагрузки. Следует помнить, что выраженность пульсовой реакции зависит еще и от типологических особенностей нервной системы, а также от характера физических упражнений. Например, после упражнений в равновесии на бревне пульс значительно повышается, хотя физическая нагрузка при этом невелика.

При проведении занятий физической культуры с детьми на открытом воздухе (принцип гигиенической направленности) необходимо соблюдение оптимальной моторной плотности. Это можно обеспечить путем правильного планирования с учетом метеорологических условий, тщательной подготовкой к каждому уроку, а также сокращением времени на показ и объяснение. При низкой температуре воздуха показатель двигательной активности детей с ОВЗ должен быть выше.

Увеличению моторной плотности урока способствует выполнение упражнений поточным и фронтальным способом. Выполнение двигательных заданий можно проводить и по отделениям при условии достаточного обеспечения спортивным инвентарем (не менее одного снаряда на 2—3 учеников).

При работе на уроке в двойках важен учет индивидуальных особенностей занимающихся. Включение в одну двойку малоактивного и подвижно-активного занимающихся будет полезным для обоих. Учителю же это поможет регулировать величину нагрузки для всей группы. Включение в пару пассивных или, наоборот, сверхактивных детей может привести к недополучению нагрузки первыми и получению чрезмерной нагрузки вторыми [25].

Моторную плотность занятия можно увеличить за счет улучшения дисциплины, сокращения до минимума различных перестроений. Для успешного проведения уроков на открытом воздухе имеет значение их эмоциональная насыщенность. Одним из эффективных средств повышения эмоциональности является использование игрового и соревновательного методов в структуре урока.

Особое значение имеют данные врачебно-педагогических наблюдений за обучающимися, отнесенными к подготовитель-

ной и специальной группам. В связи с имеющимися отклонениями в состоянии здоровья врачебно-педагогические наблюдения проводятся более тщательно и глубоко. Наряду с частотой сердечных сокращений исследуется артериальное давление, жизненная емкость легких и сила дыхательных мышц, проводятся динамометрия, ортостатическая или клиностатическая проба, проба с дополнительными и повторными нагрузками, анализы крови, мочи, электрокардиография и т. п.

Медицинскому работнику (врачу) рекомендуется также обращать внимание на степень материально-технического оснащения занятия, соблюдение возрастных норм; организацию «страховки» при выполнении упражнений; учет педагогом уровня нагрузки на предыдущем уроке; соблюдение правильной осанки, дыхания, использование специальных, корригирующих упражнений; соблюдение правил личной гигиены.

Данные наблюдений врачом фиксируются в протоколах, анализируются и обобщаются. Затем доводятся до сведения преподавателей и периодически (в идеале) выносятся на методические совещания преподавателей или педагогические советы. Совместное обсуждение результатов врачебно-педагогического контроля направлено на повышение результативности физкультурно-оздоровительной деятельности детей с ОВЗ в школе.

Медицинский осмотр (обследование) для допуска к занятиям физической культурой и к участию в массовых спортивных соревнованиях осуществляется в амбулаторно-поликлинических учреждениях, отделениях (кабинетах) спортивной медицины амбулаторно-поликлинических учреждений, врачебно-физкультурных диспансерах (центрах лечебной физкультуры и спортивной медицины) врачом-терапевтом (педиатром), врачом по лечебной физкультуре, врачом по спортивной медицине на основании результатов медицинских обследований.

В процессе физического воспитания в образовательных организациях особое внимание уделяется физкультурно-спортивной деятельности, в рамках которой дети с ОВЗ могут в дальнейшем начать заниматься теми или иными видами спорта с различными двигательными режимами (тренирующий, развивающий, поддерживающий). Двигательные режимы могут быть рекомендованы врачом школы по результатам углубленного медицинского осмотра ребенка, желающего начать регулярно заниматься спортом.

5.2. Система самостоятельных занятий физическими упражнениями

Формированию интереса детей и подростков с ОВЗ к физическому совершенствованию способствует множество факторов. Один из них — создание общей благоприятной атмосферы в педагогическом коллективе. Важную роль играет личный пример — в первую очередь учителей физической культуры, учителей начальных классов, классных руководителей, а также учителей-предметников и руководителей образовательной организации. Речь идет об их активном участии в различных формах занятий физической культурой. Большое значение имеют согласованные действия семьи и школы. Одним из мотивов для активизации совместной деятельности родителей с детьми и коллективом учителей в этом направлении является оздоровительное воздействие занятий физическими упражнениями на организм ребенка с ОВЗ [16].

Основой для формирования убежденности в необходимости систематических самостоятельных занятий физической культурой являются знания о значении физических упражнений для всестороннего развития, повышения физической, умственной работоспособности, воспитание положительных нравственно-волевых качеств.

Для приобретения личного опыта учащихся на занятиях нужно создавать ситуации, побуждающие детей к самостоятельной активности в приобретении знаний.

Организация домашних заданий. Следует сформировать систему учебных заданий для выполнения детьми на уроках, во внеурочной деятельности, в домашней обстановке. Систематизируя теоретический материал, необходимо привести его содержание и объем в единую систему информации, соответствующую практическому учебному материалу программы по предмету «Физическая культура»; конкретизировать тематику по классам с учетом решаемых педагогических и специфических задач, возрастных особенностей занимающихся. Следует учесть возможности реализации объема и сложности теоретического материала в условиях школьного урока и наметить способы оперативного, текущего, поэтапного контроля для повторения учебного материала. Необходимые знания должны быть усвоены на уроке в процессе изучения практического материала.

Одним из компонентов формирования системы самостоятельных занятий физической культурой детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья являются *домашние задания* (ДЗ). При их выполнении постепенно вырабатывается привычка к систематическим занятиям, которые в дальнейшем становятся потребностью физического самосовершенствования. Система домашних заданий создается на весь учебный год (вместе с каникулами), вводится в годовое планирование уроков физической культуры и включает ряд заданий, связанных последовательно между собой.

Используя домашние задания на летний период, удастся обеспечить связь в усвоении программного материала от класса к классу (повторяя усвоенное, готовиться к изучению более сложного). Задания при этом сопряжены с материалом школьной программы и отвечают в каждый конкретный момент определенной системе уроков. Система домашних заданий включает все формы физического воспитания учащихся, контроль осуществляют педагог и родители. Задания разрабатываются отдельно для мальчиков и для девочек, в соответствии с изменяющимися климатическими условиями конкретной местности.

Важен подбор упражнений для выполнения в домашних условиях. Физические упражнения обязательно должны вызывать интерес и положительные эмоции у детей с ОВЗ, оказывать комплексное влияние на двигательные функции. Давая задания, необходимо указывать сроки их проверки, которые будут различными: от задания на следующий урок (например, совершить повороты на месте) до заданий на четверть (развить силу, подвижность плечевого сустава). Трудность обучения самостоятельным занятиям на уроках заключается в том, что для этого не выделяется специальное время, обучение осуществляется в процессе выполнения запланированных на уроке упражнений.

Проектирование домашних заданий. При составлении домашних заданий лучше использовать дифференцированный подход, чтобы обучающиеся знали свои первоначальные результаты, умели оценивать их и анализировать происходящие изменения, делать правильные выводы. На первом этапе составляются учебные задания для каждого класса. Для 4—6-х классов содержание заданий может включать общеразвивающие комплексы и специальные упражнения для развития гибкости и силы;

для 7—8-х классов — комплексы упражнений на развитие силы и быстроты; для 9—10-х классов — физические упражнения, развивающие силу и выносливость, которые имеют большое прикладное значение. Комплекс может состоять из трех—четырех разнообразных упражнений.

Как правило, домашнее задание задают на одну—две недели, после чего следует его изменить. Например, в апреле следует включать в ДЗ прыжковые упражнения — прыжки через короткую или длинную скакалку. Необходимо при этом объяснить возможности развития прыгучести только при условии регулярных занятий. Следует рекомендовать легкие для выполнения в домашних условиях упражнения, например простые прыжки на двух ногах на месте; прыжки впрысядку и др. Желательно научить детей самостоятельно измерять уровень развития прыгучести (например, достать предмет, подвешенный на определенной высоте, постепенно поднимая его на несколько сантиметров выше).

На втором этапе учитель проводит работу с родителями, привлекая их к сотрудничеству. При проведении родительских собраний, личных бесед можно познакомить их с основными вопросами физического воспитания детей. Среди них — вопросы, связанные с режимом дня, выполнением утренней гимнастики, ежедневным закаливанием, влиянием физических упражнений на развитие и коррекцию функциональных нарушений ребенка, важностью личного примера взрослого при оказании помощи детям и т. п.

Учитель физкультуры вместе с родителями детей с ОВЗ знакомится с результатами медицинского осмотра, помогает оборудовать необходимые условия (место) для занятий физическими упражнениями в домашних условиях, например, съемную перекладину и гимнастическую стенку в дверном проеме, кольца, трапецию, тренажерные устройства. Приобретение спортивного инвентаря или спортивной формы для ребенка с особыми потребностями станет лучшим подарком.

Контроль за выполнением домашних заданий. Домашние задания представляют собой комплексы физических упражнений из основных разделов программы по предмету «Физическая культура». Они разучиваются на уроках физической культуры, по продолжительности времени занимают 10—15 минут. Обучающимся предоставляется возможность записать задание графиче-

чески в тетрадь для домашних заданий, например с доски в спортивном зале или с экрана проектора. При этом каждое упражнение нумеруется, дозировка дается индивидуально для сильной, средней, слабой подгрупп учащихся.

На следующих уроках в паузах педагогу следует выборочно проверить качество усвоения домашних заданий. Целесообразно включить ДЗ в подготовительную часть урока. Заданные на дом двигательные действия обучающиеся выполняют на уроке в шеренге или колоннах: сначала последняя шеренга (в колоннах), затем предпоследняя и т. д. При таком порядке впереди стоящие не видят тех, кто выполняет задания.

Родителям желательно ознакомиться с домашним заданием по физической культуре (изображенным графически) и по возможности контролировать его выполнение, оценивать достигнутые результаты по каждому упражнению в отдельности и в целом всего комплекса. Для этого можно использовать специально разработанные карточки (табл. 4).

Таблица 4

**Примерный образец карточки домашнего задания
для мальчиков, учащихся 5—7-х классов**

№ п/п	Содержание упражнения	Планируемый результат	Отметка о выполнении
1	И.п. лежа на полу — выполнить упражнение «Сгибание и разгибание рук в упоре лежа»	12 раз	Дата, количество раз
2	И.п. сидя на полу — «лечь на пол — сесть»	15 раз	Дата, количество раз
3	И.п. лежа на животе — «прогнуться»	10 раз	Дата, количество раз
4	Бег на месте в среднем темпе	3 мин.	Дата, продолжительность (мин.)

В карточке указываются содержание физического упражнения, планируемый результат на месяц и отметка ежедневных результатов занятий.

При освоении детьми домашних заданий родители в соответствии с конкретными нормами, указанными в карточке домашнего задания и в зависимости от индивидуальных способ-

ностей ребенка, должны контролировать изменения в результатах (количество повторений упражнения, время, затраченное на них) и наблюдать за общим состоянием ребенка. Для этого используют дневник самоконтроля занятий. Важно, чтобы родители видели положительную динамику развития своего ребенка.

При достижении конечного результата (норматива или технического выполнения двигательного действия) следует оценить успехи учащихся (похвалить, поощрить), затем дать более трудное задание. Систематическая проверка домашних заданий со стороны учителей и родителей, их оценивание является эффективной мерой стимулирования самостоятельных занятий детей и подростков с ОВЗ дома.

5.3. Организация и содержание работы с родителями

Инвалидность (тяжесть заболевания) влияет на восприятие человека окружающими его людьми, проявление их негативного отношения в дальнейшем может привести к формированию психологических комплексов неполноценности [18]. Начало эта проблема берет в семье, так как рождение особого ребенка родителями расценивается как жизненная трагедия и действует на них неоднозначно. По данным исследований Р. Ф. Майрамян, Е. М. Мастюковой, сообщение об умственной отсталости ребенка вызывает у 65,7 % матерей острые эмоциональные расстройства, суицидальные попытки. По данным исследований М. С. Певзнер, В. А. Вишневого, высока вероятность распада семьи с умственно отсталым ребенком из-за взаимных обвинений супругов за рождение больного ребенка.

В работах ряда авторов обнаруживается четкая связь между восприятием семьей своего ребенка и способностью адаптации ее в сложившейся ситуации. Изменения, которые происходят в семьях, воспитывающих детей-инвалидов, проявляются на психологическом, социальном, психосоматическом уровнях. На *психологическом* уровне возможны следующие варианты поведенческих реакций родителей: принятие ребенка и его дефекта, неприятие факта наличия дефекта, скрытое отрицание, открытое отвержение ребенка и враждебность по отношению к нему.

На *социальном* уровне семьи, воспитывающие детей-инвалидов, сталкиваются с негативным общественным мнением, связанным с рождением особенного ребенка; низким материальным уровнем семьи; недостаточной информированностью семей о возможности получения реальной помощи.

На *соматическом* уровне затрагиваются значимые для матери ценности и возникают фрустрации личности. Проявление у 60 % матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом (ДЦП), депрессивной симптоматики в различных формах обусловлено перечисленными проблемами.

Развитие ребенка в семье во многом определяется свойствами и качествами личности его родителей, особенностями родительского поведения. Появление в семье ребенка с ОВЗ приводит к наиболее выраженным изменениям в сложившихся внутрисемейных отношениях, деформирует и усложняет их [42]. Добрые доверительные отношения ребенка и его родителей позволяют облегчить решение возникающих проблем, а напряженный эмоциональный фон семейных отношений может привести к стагнации. Способностью, позволяющей эффективно решать задачи и проблемы, возникающие в различных жизненных ситуациях, является компетентность. Важнейшими составляющими родительской компетентности являются:

→ возможность справляться со значимыми и критическими жизненными ситуациями (умение видеть реальную ситуацию и предпринимать действия для того, чтобы ее изменить: ставить цели, принимать решения, отвечать за свои поступки, проявлять инициативу и др.), прогнозировать будущее;

→ способность поддерживать и развивать контакты в социальном и личностном взаимодействии, социальная информированность и активность (знание нормативно-правовой базы, осведомленность об инфраструктуре государственной и негосударственной поддержки и помощи особым детям, готовность к активности и самореализации вне семейного контекста);

→ адекватное представление о себе самом, своих возможностях и способностях;

→ умение правильно оценивать состояние ребенка, замечать в нем изменения, учитывать особенности в поведении, возможность подстраиваться под актуальный уровень его развития, обеспечивать развитие и социализацию;

→ непрерывное самообразование;

→ способность к активному и открытому общению, позитивный характер взаимодействия, гибкое реагирование на различные коммуникативные ситуации.

Родительская компетентность формируется и одновременно проявляется в различных видах деятельности с ребенком, специалистами, социальными структурами. Выбирая способы взаимодействия со своим ребенком, формируя его адаптивное поведение, родители организуют деятельность, которая соответствует их потребностям и возможностям. Общение со специалистами объединяет семью и профессиональное сообщество вокруг решения проблемы ребенка, дает знания и опыт. Взаимодействие с различными социальными структурами расширяет границы возможностей семьи, стимулирует активность, обеспечивает социальную и личностную информированность родителей.

Ряд авторов [42] предлагают родителям детей-инвалидов, в частности с интеллектуальной недостаточностью, детским церебральным параличом, соблюдать правила для развития родительской компетентности. Правила компетентных родителей (см. приложение 6) представляют собой свод положений, которые обеспечивают позитивное отношение в семье, систему поведения, способствующую социальной включенности ее в нашу жизнь и являющуюся основой толерантного отношения соседей, приятелей, сверстников, всех, с кем происходит общение.

Родители, как правило, недостаточно осведомлены о роли двигательной активности и возможности коррекции физических и психических нарушений с помощью двигательной активности. В связи с этим работа с родителями по сознательному и активному использованию физических упражнений в жизни ребенка с нарушениями в развитии является одним из средств, способствующих формированию интереса родителей к организации двигательной активности своих детей. Именно родители наиболее заинтересованы в улучшении физического состояния своих детей и могут заниматься с ними ежедневно. Поддержка самых близких людей дает положительный терапевтический эффект.

Основные направления работы с родителями в образовательных организациях могут включать: индивидуальные и

групповые формы работы (психолого-педагогическое просвещение, консультации, тренинги, беседы, собрания, обучающие семинары, мастер-классы, показательные физкультурно-оздоровительные занятия; оформление тематических стендов); работу с родительским активом, общественными организациями, ассоциациями родителей детей-инвалидов [38]; спортивно-массовые формы работы (семейные фестивали, благотворительные акции, пробеги, физкультурные праздники).

Следует выделить также необходимость осуществления социально-педагогической реабилитации детей-инвалидов и с помощью различных методов и средств физической реабилитации. В этом случае в тесном взаимодействии с семьями работают специалисты реабилитационного центра: логопед, психолог, инструктор по физической культуре, массажисты. Дети посещают занятия по ритмике, музыке, декоративно-прикладному искусству, игровой развивающей деятельности. Их родители могут прийти на занятия вместе с ними, видеть достигнутые результаты и получать необходимые рекомендации. Практика показывает, что в рамках реализации культурно-досуговых программ, которые приурочиваются к праздникам, родители принимают активное участие в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, играют в игры, проводят конкурсы, посещают мастер-классы и получают здесь информацию о способах развития детей, новых играх, физических упражнениях.

Работа с родителями в образовательной организации проводится в два этапа:

→ диагностический этап (используемые методы — наблюдение, беседы-интервью, проективные методики, личностные тесты) для определения проблемной зоны конкретной семьи;

→ этап психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Основные ее цели — помочь родителям принять себя и детей такими, какие они есть; изменить взгляд на свою проблему, снять тревогу, страх, раскрыть собственные возможности.

В качестве примера можно привести деятельность некоммерческих общественных организаций, ассоциаций родителей детей-инвалидов. Общественные организации проводят работу по обучению родителей детей-инвалидов, способствуют обмену опытом работы с аналогичными структурами как в стране,

так и за рубежом, обеспечивают летний, зимний отдых детей-инвалидов.

Таким образом, работа с родителями детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, очень важна в деятельности педагога физической культуры (адаптивной физической культуры). От того как складываются отношения ребенка с его родителями, во многом зависит процесс формирования и развития его личности. А для учителя физической культуры главные правила в работе с родителями — проявление душевного внимания, заботы и терпимости к родителям, их ребенку, а также постепенная, последовательная коррекция ошибок воспитания в семье.

При проведении всех физкультурно-оздоровительных мероприятий педагог должен согласовать свои действия с родителями, чтобы соблюсти единство педагогических требований к занимающимся.



Заключение

В соответствии с Концепцией социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года стратегической целью государственной политики в области образования является повышение доступности качественного образования, соответствующего требованиям инновационного развития экономики, современным потребностям общества и каждого гражданина.

Реализация этой цели предполагает решение ряда приоритетных задач, среди которых модернизация институтов системы образования, в том числе создание образовательной среды, обеспечивающей доступность качественного образования и социализацию для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Реализация права на образование обеспечивается введением федеральных государственных образовательных стандартов.

К обучающимся с ограниченными возможностями в состоянии здоровья относят лиц, имеющих физический и (или) психический недостатки, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией. Сложность и характер имеющейся патологии развития ребенка определяют особенности формирования у него необходимых знаний, практических умений и навыков, а также различные принципы, методы, формы педагогической работы с ним.

Процесс физкультурно-оздоровительной деятельности детей и подростков с ограниченными возможностями и инвалидов подчинен общим закономерностям. В основе закономерностей лежат дидактические принципы и базовые научно-практические положения, которые определяют требования к организации и проектированию, содержательному и технологическому обеспечению занятий с данным контингентом. Прин-

ципы направлены на развитие потенциальных физических и психических возможностей детей с ограниченными возможностями здоровья, коррекцию и компенсацию двигательных нарушений, расширение социального опыта с помощью двигательной активности.

Базовым концептуальным положением является системный подход к организованной двигательной деятельности и целенаправленному формированию личности ребенка, коррекция и развитие его познавательных способностей, сенсорных систем, психической сферы, общения, мотивов, потребностей.

С учетом многообразия видов физической культуры, удовлетворяющих потребности личности и общества, можно выделить основные направления физкультурно-оздоровительной деятельности с детьми и подростками, имеющими ограниченные возможности здоровья.

В настоящее время в образовательных организациях широко ориентируются на три направления: лечебно-восстановительное (с использованием средств и методов лечебной физической культуры), оздоровительное (с применением средств и методов оздоровительной физической культуры), реабилитационное (с помощью средств физической реабилитации, адаптивной физической культуры и адаптивного спорта). Как правило, они могут пересекаться между собой или переходить одно в другое, заимствуя цели, задачи, средства, методы и технологии друг у друга.

Название каждого направления напрямую связано с целеобеспечением физкультурных занятий. Использование в качестве основного средства физических упражнений в каждом из направлений, а также подобных форм занятий (урочных, внеурочных и самостоятельных) является объединяющим их фактором. Данные обстоятельства позволили включить все три направления в физкультурно-оздоровительную деятельность с обучающимися, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Представленная в пособии информация по главам актуализирует задачи по созданию условий, обеспечивающих формирование устойчивого интереса обучающихся с ОВЗ к занятиям физической активностью, и имеет теоретико-практический характер.

Структура учебного издания имеет несколько глав.

В г л а в е «Теоретико-методические основы физкультурно-

оздоровительной деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья» рассматриваются основные положения нормативных документов, регламентирующих физкультурно-оздоровительную деятельность лиц с ограниченными возможностями здоровья, отмечаются особенности психического и физического здоровья данного контингента обучающихся, основные принципы организации занятий в системе физического воспитания детей с нарушениями интеллекта, зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата.

В главе «Лечебно-восстановительное направление деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья» обсуждаются вопросы организационно-содержательного обеспечения занятий по лечебной физической культуре в образовательном процессе с детьми и подростками, имеющими ОВЗ; представлены основные формы занятий лечебно-физкультурной направленности в различных двигательных режимах; рассматриваются основы структурирования занятий.

В главе «Оздоровительное направление деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья» представлены физические упражнения; современные технологии, которые успешно используются в работе с детьми и подростками с ОВЗ и способствуют улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, развитию общей выносливости, психоэмоционального состояния, общего самочувствия.

В материалах главы «Реабилитационное направление деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья» рассматриваются общепедагогические (образовательные, воспитательные, оздоровительные) и специфические (коррекционные, компенсаторные, профилактические) задачи, средства, методы и формы адаптивной физической культуры.

В главе «Характеристика условий для реализации системы физкультурно-оздоровительной деятельности с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья» автор подробно останавливается на вопросах врачебно-педагогического контроля в процессе занятий с обучающимися, имеющими ОВЗ, в том числе за соблюдением моторной плотности урока, дозированием величины физической нагрузки, системой самостоятельных занятий физическими упражнениями.

Особая роль в физкультурно-оздоровительной деятельности

детей, имеющих ограниченные возможности здоровья, отводится родителям. Поэтому работа с родителями по сознательному и активному использованию физических упражнений в жизни ребенка с ОВЗ является одним из средств, формирующих у них интерес к организации двигательной активности своих детей. Среди основных направлений работы с родителями в образовательных организациях следует отметить индивидуальные и групповые формы работы (психолого-педагогическое просвещение, консультации, тренинги, беседы, собрания, обучающие семинары, мастер-классы, показательные физкультурно-оздоровительные занятия, оформление тематических стендов); работу с родительским активом, общественными организациями, ассоциациями детей-инвалидов; проведение спортивно-массовых форм работы (семейные фестивали, благотворительные пробеги, акции, физкультурные праздники).

В приложениях пособие рассматривается дополнительный учебно-методический материал, собранный из разных источников и систематизированный для облегчения работы педагогов и родителей, а также представлены разработанные для лучшего усвоения тестовые задания. Материалы приложений помогут оптимизировать деятельность практических специалистов в образовательном процессе с лицами, имеющими ОВЗ, и инвалидами, а также родителей данной категории детей.

Глоссарий

Адаптация — приспособление.

Адаптивная двигательная рекреация — компонент адаптивной физической культуры, позволяющий удовлетворять потребность человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в отдыхе, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности, получении удовольствия от общения в процессе двигательной деятельности.

Адаптивное физическое воспитание — компонент адаптивной физической культуры, учебно-педагогический процесс, направленный на развитие двигательных способностей, обучение двигательным действиям и коррекцию двигательных нарушений у лиц с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалидов).

Адаптивная физическая культура — вид физической культуры, сфера социально необходимой деятельности, направленной на создание всесторонней готовности к жизни человека с отклонениями в состоянии здоровья за счет выполнения физических нагрузок.

Адаптивная физическая реабилитация — компонент адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности людей с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалидов) в лечении, восстановлении у них утраченных функций (помимо тех, которые утрачены) с помощью физических упражнений и физических нагрузок.

Активность — энергичная усиленная деятельность.

Акцент — ударение.

Анализаторы — анатомо-физиологические системы у человека, осуществляющие восприятие и анализ раздражителей.

Антропология — биологическая наука о происхождении и эволюции физической организации организма человека.

Аэро — воздух.

Брадикардия — очень низкий сердечный ритм.

Генетика — наука о генах, наследственности и вариативности организмов.

Дактильная речь — кинетическая форма словесной речи, построенная на движениях пальцев руки в воздухе.

Дифференцирование — различие, выделение составных элементов.

Идеомоторный — мысленно воспроизводящий движение.

Иммунитет — невосприимчивость организма по отношению к возбудителям болезни.

Интеграция — неразрывно связанный, цельный, единый.

Кинематика — раздел механики, изучающий движения.

Классификация — система соподчиненных понятий.

Команда — краткий устный приказ.

Компенсация — возмещение.

Контакт — соприкосновение, тесное общение.

Коррекция — исправление недостатков.

Креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры — компонент адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности людей с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалидов) в самоактуализации, творческом саморазвитии, самовыражении через движение, музыку, образ и другие средства искусства.

Манипуляция — движение руки, связанное с выполнением определенной задачи.

Метод — способ достижения цели, совокупность действий педагога и учащихся в связи с организационно-содержательным обеспечением образовательной деятельности.

Методика — структурированная (по объекту деятельности) совокупность целей, содержания, методов, форм, средств, контроля обучения, воспитания, развития.

Нейро — составная часть сложного слова, указывающая на отношение к нервной системе.

Нозология — раздел медицины, изучающий сущность и характер течения болезней, а также разрабатывающий их классификации по родственным признакам.

Норматив — упорядочение, показатель нормы физической и спортивной подготовки.

Онтогенез — индивидуальное развитие организма.

Профилактический — предупредительный.

Проприорецепторы — чувствительные нервные окончания, расположенные в мышечно-суставном аппарате: мышцах, связках, суставных сумках.

Реабилитация — комплекс медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов.

Социальная интеграция — двусторонний процесс взаимного сближения лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов, стремящихся к включению в общество нормально развивающихся людей и самих людей, которые должны создать условия для этого включения.

Социализация — процесс социального развития личности ребенка, усвоение им определенной системы знаний, норм, ценностей, позволяющих ему функционирование в качестве равноправного члена общества.

Спорт — вид физической культуры, собственно соревновательная деятельность.

Тест — испытание, исследование.

Тонус — напряжение.

Тотальный — полный, всеохватывающий, всеобъемлющий.

Упражнение — средство и метод физического воспитания.

Физическая культура — органическая часть культуры общества и самого человека; основу ее специфического содержания составляет рациональное использование человеком двигательной деятельности в качестве фактора физической подготовки к жизненной практике, оптимизации своего физического состояния и развития (Л. П. Матвеев).

Функция — обязанность, круг деятельности, назначенная роль.

Циклические упражнения — двигательные акты, в которых длительное время постоянно повторяется один и тот же законченный двигательный цикл.

Экстремальный — крайний, предельный.

Экстремальные виды двигательной активности — компонент адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребность людей с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалидов) в риске, повышенном напряжении, потребности испытать себя в необычных экстремальных условиях, объективно и субъективно опасных для здоровья и для самой жизни.

Источники информации

→ Нормативные документы

→ Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

→ Федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования для обучающихся с умственной отсталостью.

→ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 1598 от 19 декабря 2014 года «Об утверждении ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ».

→ Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

→ Федеральный закон от 4 декабря 2007 года № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (с изменениями на 29 ноября 2010 года № 321-ФЗ).

→ Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями).

→ Стратегия развития физической культуры и спорта Российской Федерации на период до 2020 года (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 августа 2009 года № 1101-р).

→ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года).

→ Конвенция о правах инвалидов (принята Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций от 13 декабря 2006 года, резолюция 61/106).

→ Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на 48-й сессии 20 декабря 1993 года, резолюция 48/96).

→ Модельный закон «О паралимпийском спорте» (принят

на 31-м пленарном заседании Межпарламентской ассамблеи государств — участников Содружества Независимых Государств (СНГ). Постановление № 31-13 от 25 ноября 2008 года).

→ Порядок оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий (утвержден приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 августа 2010 года № 613н).

→ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 августа 2001 года № 337 «О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию спортивной медицины и лечебной физической культуры».

→ Приказ Министерства образования Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственного комитета Российской Федерации по физической культуре и спорту, Российской академии образования от 16 июля 2002 года № 2715/227/166/19 «О совершенствовании процесса физического воспитания в образовательных учреждениях Российской Федерации».

→ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 29 декабря 2010 года № 189 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.2821-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях”».

→ Методические рекомендации «Врачебный контроль за нагрузкой учащихся на уроках физической культуры в общеобразовательных школах» (письмо Министерства здравоохранения СССР от 27 декабря 1984 года № 11-14/30-7).

→ Методические рекомендации «Методико-педагогический контроль за организацией занятий физической культурой обучающихся с отклонениями в состоянии здоровья». — М., 2012.

→ Письмо Министерства образования Российской Федерации от 31 октября 2003 года № 13-51-263/123 «Об оценивании и аттестации учащихся, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе для занятий физической культурой».

→ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2003 года № 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

→ Литература

1. *Бегидова, Т. П.* Основы адаптивной физической культуры : учебное пособие / Т. П. Бегидова. — М. : Физкультура и спорт, 2007. — 192 с.

2. *Белая, Н. А.* Лечебная физкультура и массаж : учебно-методическое пособие для медицинских работников / Н. А. Белая. — 2-е изд. — М. : Советский спорт, 2004. — 272 с.

3. *Горская, И. Ю.* Базовые координационные способности школьников с различным уровнем здоровья : монография / И. Ю. Горская, Л. А. Суяргулова. — Омск : СибГАФК, 2000. — 212 с.

4. Дополнительная общеразвивающая программа по конному спорту для детей, подростков и молодежи с ограниченными возможностями здоровья (спортивно-оздоровительный этап подготовки) : учебное пособие / авт.-сост. : М. В. Курникова, В. А. Оринчук, Е. Н. Фомичева [и др.]. — Н. Новгород : Цветной мир, 2015. — 80 с.

5. *Дубровский, В. И.* Лечебная физическая культура (кинезотерапия) : учебник для студ. высш. учеб. заведений / В. И. Дубровский. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : Владос, 2004. — 624 с.

6. *Евсеев, С. П.* Адаптивная физическая культура : учебное пособие / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкина. — М. : Советский спорт, 2000. — 240 с.

7. *Ефименко, Н. Н.* Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Н. Н. Ефименко, Б. В. Сермеев. — М. : Советский спорт, 1991. — 55 с.

8. *Креминская, М. М.* Сборник программ по физической культуре для образовательных организаций, реализующих адаптивные образовательные программы для детей с ограниченными возможностями здоровья (для учащихся с легкой и умеренной умственной отсталостью) / М. М. Креминская. — СПб. : Владос Северо-Запад, 2013. — 294 с.

9. *Кузнецов, В. С.* Коррекция состояния здоровья школьников средствами физической культуры : методическое пособие / В. С. Кузнецов, Г. А. Колодницкий, Б. И. Мишин. — М. : Перспектива, 2012. — 176 с.

10. Лечебная физическая культура : учебник для студ. высш. учеб. заведений / С. Н. Попов, Н. М. Валеев, Т. С. Гарасеева [и др.]; под ред. С. Н. Попова. — М. : Академия, 2004. — 416 с.

11. *Лубышева, Л. И.* Современный ценностный потенциал физической культуры спорта и пути его освоения обществом и личностью / Л. И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. — 1997. — № 6. — С. 10—15.

12. *Лях, В. И.* Физическая культура. Тестовый контроль : пособие для учителей общеобразовательных организаций / В. И. Лях. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Просвещение, 2014. — 208 с.

13. *Лях, В. И.* Физическая культура. Рабочие программы. Предметная линия учебников М. Я. Виленского, В. Я. Ляха: 5—9 классы : пособие для учителей общеобразовательных организаций / В. И. Лях. — 4-е изд. — М. : Просвещение, 2014. — 104 с.

14. *Мастюкова, Е. М.* Физическое воспитание детей с церебральным параличом / Е. М. Мастюкова. — М. : Просвещение, 2005. — 163 с.

15. *Матвеев, Л. П.* Теория и методика физической культуры (общие основы теории и методики физического воспитания; теоретико-методические аспекты спорта и профессионально-прикладных форм физической культуры) : учебник для ин-тов физ. культуры / Л. П. Матвеев. — М. : Физкультура и спорт, 1991. — 543 с.

16. *Минаев, Б. Н.* Основы методики физического воспитания школьников : учебное пособие для студ. пед. спец. высш. учеб. заведений / Б. Н. Минаев. — М. : Просвещение, 1989. — 222 с.

17. *Мясникова, Л. В.* Воспитание культуры осязания как средства социальной адаптации детей с нарушением зрения / Л. В. Мясникова // Образование для всех: пути интеграции. — Саратов : изд-во СГТУ, 2003. — С. 70—75.

18. *Ненашева, Е. В.* Психологические проблемы в семье, испытывающей ребенка-инвалида: из опыта работы отделения социальной реабилитации / Е. В. Ненашева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. — № 2. — 2013.

19. Оздоровительная физическая культура : учебное пособие / под ред. Л. П. Трофимовой. — СПб. : ГАФК им. П. Ф. Лесгафта, 2001. — 149 с.

20. *Потапчук, А. А.* Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом) : методическое пособие / А. А. Потапчук. — СПб. : СПбГАФК им. П. Ф. Лесгафта, 2003. — 228 с.

21. Программы для 5—9 классов специальных (коррекционных) учреждений VIII вида : Сб.1. — М. : Владос, 2000. — 224 с.

22. Программа по физической культуре. Специальная медицинская группа : 1—11 классы / авт.-сост. Т. В. Дараева [и др.] ; под общ. ред. М. Ю. Ушаковой. — М. : Глобус, 2010. — 216 с. — (Образовательный стандарт).

23. *Пустозеров, А. И.* Оздоровительная физическая культура : учебно-методическое пособие / А. И. Пустозеров, В. К. Миловидов. — Челябинск : УралГУФК, 2009. — 96 с.

24. *Самыличев, А. С.* Самостоятельная работа бакалавров по адаптивной физической культуре : учебное пособие / А. С. Самыличев, Е. Н. Фомичева. — Н. Новгород : Цветной мир, 2013. — 96 с.

25. Сборник нормативных правовых документов в области паралимпийского спорта / авт.-сост. А. В. Царик. — 2-е изд., с изм. и доп. — М : Советский спорт, 2011. — 1040 с.

26. *Сидоров, А. А.* Педагогика : учебник для студентов, аспирантов, преподавателей и тренеров по дисциплине «Физическая культура» / А. А. Сидоров [и др.]. — СПб., 1996. — 273 с.

27. *Сластенин, В. А.* Педагогика : учебник для студ. высш. учеб. заведений / В. А. Сластенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов; под ред. В. А. Сластенина. — 9-е изд., стереотип. — М. : Академия, 2008. — 578 с.

28. Содержание и организация физического воспитания учащихся специальной медицинской группы : учебно-методическое пособие / под общ. ред. В. Т. Чичикина. — Н. Новгород : Нижегородский гуманитарный центр, 2004. — 235 с.

29. *Солодков, А. С.* Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная : учебник / А. С. Солодков, Е. Б. Сологуб. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Олимпия Пресс, 2005. — 528 с.

30. Специальная педагогика : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л. И. Аксенова, Б. А. Архипов, Л. И. Белякова [и др.] ; под ред. Н. М. Назаровой. — 3-е изд., испр. — М. : Академия, 2004. — 400 с.

31. Специальная психология : учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева [и др.] ; под ред. В. И. Лубовского. — 3-е изд. — М. : Академия, 2006. — 464 с.

32. Теория и организация адаптивной физической культу-

ры : 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, 2005. — 448 с.

33. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре : учебное пособие / авт.-сост. : О. Э. Аксенова, С. П. Евсеев; под ред. С. П. Евсеева. — М. : Советский спорт, 2004. — 296 с.

34. Технология оздоровления населения средствами гимнастики : учебно-методическое пособие для студентов физкультурных вузов / под ред. О. Г. Лызря. — Краснодар : КГАФК, 2003. — 151 с.

35. Физическая культура. Система работы с учащимися специальных медицинских групп: рекомендации, планирование, программы / авт.-сост. А. Н. Каинов, И. Ю. Шалаева. — Волгоград : Учитель, 2009. — 185 с.

36. Физическая реабилитация : учебник для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по Госстандарту 022500 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» / под общ. ред. проф. С. Н. Попова. — 2-е изд. — Ростов н/Д. : Феникс, 2005. — 608 с.

37. *Фомичева, Е. Н.* Применение игровой консоли в физическом воспитании детей с нарушениями в развитии / Е. Н. Фомичева // Нижегородское образование. — 2013. — № 3. — С. 172—175.

38. *Фомичева, Е. Н.* Сценарий физкультурно-спортивного праздника для лиц с ограниченными возможностями здоровья различных нозологических групп / Е. Н. Фомичева, В. А. Оринчук, М. В. Курникова // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. — 2013. — № 1. — С. 60—63.

39. *Фомичева, Е. Н.* Формирование готовности студентов — будущих педагогов физической культуры к воспитательной деятельности с подростками девиантного поведения : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / Е. Н. Фомичева — Н. Новгород, 2010. — 24 с.

40. *Холодов, Ж. К.* Теория и методика физического воспитания и спорта : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Ж. К. Холодов, В. С. Кузнецов. — 4-е изд., стереотип. — М. : Академия, 2006. — 480 с.

41. *Холостова, Е. И.* Социальная реабилитация : учебное пособие / Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. — 3-е изд. — М. : Дашков и К, 2005. — 340 с.

42. *Худенко, Е. Д.* Комплексная программа развития и социализации ребенка-инвалида в семье / Е. Д. Худенко, Г. В. Дедюхина, И. И. Поташова [и др.]. — М. : Развитие и коррекция, 2012. — 192 с.

43. *Хутиев, Т. В.* Управление физическим состоянием организма : монография / Т. В. Хутиев, Ю. Г. Антомонов, А. Б. Котова [и др.] // Тренирующая терапия. — М. : Медицина, 1991. — 256 с.

44. *Чичикин, В. Т.* Организационно-методическое обеспечение физического воспитания учащихся в общеобразовательном учреждении : методическое пособие / В. Т. Чичикин. — Н. Новгород : Нижегородской институт развития образования, 2010. — 311 с.

45. *Чичикин, В. Т.* Регуляция физкультурно-оздоровительной деятельности в образовательном учреждении : монография / В. Т. Чичикин, П. В. Игнатъев, Е. Е. Конюхов. — Н. Новгород : Нижегородский гуманитарный центр, 2007. — 344 с.

46. *Шапкова, Л. В.* Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии / под общей ред. проф. Л. В. Шапковой. — М. : Советский спорт, 2002. — 212 с.

Приложение 1

Классификация физических упражнений (по В. Н. Мошкову)

→ **Упражнения гимнастические:** обще-развивающие и специальные. Характеристика упражнений:

→ *по выбору И.п.:* лежа (с высоким положением корпуса, с высоким положением ног, обычное), сидя, стоя, стоя на четвереньках, стоя на коленях;

→ *по анатомическому признаку* (упражнения для мышц верхних конечностей, для мышц шеи, для мышц нижних конечностей, для мышц брюшного пресса, для мышц спины, для мышц тазового дна, для мышц корпуса);

→ *по активности:* пассивные, активные, на расслабление, облегченные, свободные, с усилием, рефлекторные;

→ *по использованию снарядов:* без снарядов, с предметами (гимнастическая палка, гантели, мячи и др.), на снарядах (гимнастическая стенка, скамья, стул и др.), упражнения с комбинированным использованием снарядов (упражнения у гимнастической стенки сидя на стуле; упражнения сидя на стуле у спинки кровати и др.), на тренажерах, на механоаппаратах;

→ *по видовому признаку:* дыхательные, статические (изометрические), динамические (изотонические), на координацию, в метании,

в сопротивлении, висы и упоры, лазание, корригирующие, на равновесие, на растяжение — порядковые, подготовительные.

➔ **Упражнения спортивно-прикладные** (циклические): дозированная ходьба, терренкур, бег, плавание, гребля, лыжные прогулки, лечебное плавание, катание на коньках, езда на велосипеде, верховая езда (иппотерапия и конный спорт).

➔ **Игры:**

- подвижные игры, на месте, малоподвижные;
- спортивные игры: крокет, кегельбан, городки, настольный и большой теннис, бадминтон, волейбол, элементы поло, футбола, баскетбола, ручного мяча и др.

Приложение 2

Классификация физических упражнений (по С. Н. Попову)

➔ **Гимнастические упражнения:**

- по анатомическому признаку;
- по признаку активности;
- по принципу использования гимнастических предметов и снарядов;
- по видовому признаку и характеру выполнения:
 - порядковые и строевые упражнения;
 - подготовительные (вводные) упражнения;
 - корригирующие упражнения;
 - упражнения на координацию движений и сохранение равновесия;
 - упражнения в сопротивлении;
 - дыхательные упражнения;
 - висы, упоры, подскоки, прыжки;
 - ритмопластические упражнения;
 - упражнения на растягивание мышц;
 - упражнения в воде.

➔ **Идеомоторные упражнения.**

➔ **Изометрические (статические) упражнения.**

➔ **Упражнения на тренажерах.**

➔ Спортивно-прикладные упражнения:

- дозированная ходьба;
- дозированный бег;
- дозированные прыжки;
- упражнения в метании;
- лазание по гимнастической стенке и канату;
- упражнения в равновесии;
- дозированная гребля;
- дозированная ходьба на лыжах;
- дозированное катание на коньках;
- дозированное лечебное плавание;
- дозированная езда на велосипеде.

➔ Упражнения, направленные на сокращение мышц.

➔ **Дозированные игры (на месте, малоподвижные, подвижные и спортивные).**

Приложение 3

Механотерапия

Содержание механотерапии включает в себя использование дозированных, повторяемых физических упражнений на специальных аппаратах или приборах с целью восстановления подвижности в суставах (аппараты маятникового типа), облегчения движений и укрепления мышц (аппараты блокового типа), повышения общей работоспособности (тренажеры). Механотерапия на тренажерах способствует увеличению ударного и минутного объема крови, улучшению коронарного кровоснабжения и легочной вентиляции, повышению физической работоспособности.

Показаниями к назначению механотерапии являются последствия заболеваний и повреждения органов движения (тугоподвижность суставов, мышечные контрактуры, рубцовые сращения мягких тканей и др.), парезы, избирательные параличи, гипотрофия и гиподинамия мышц конечностей, ограничение движений в суставах после перенесенных артритов различной

этиологии, а также при нарушении жирового обмена, хронических неспецифических заболеваниях органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и др.

Принципом действия **аппаратов маятникового типа** служит балансирующий маятник. При систематических занятиях это обеспечивает увеличение амплитуды движений, совершаемых больным при преодолении массы груза и в силу инерции, возникающей при движении балансирующего маятника. Для тренировки каждого вида движений в суставе выпускаются отдельные аппараты. Устройство позволяет производить только один вид движений. При выполнении упражнений на маятниковых аппаратах должны быть соблюдены определенные условия:

1. Правильная установка проксимального сегмента конечностей на аппарате.

2. Правильное исходное физиологическое положение отдельных сегментов пораженной конечности, обеспечивающее максимальное расслабление мышц.

3. Правильная фиксация проксимального сегмента конечности на аппарате, которая не должна нарушать кровообращения и допускать сопутствующих движений в соседних суставах.

4. Правильное дозирование величины нагрузки. Дозировка мышечных усилий при упражнениях на маятниковых аппаратах зависит от величины груза и уровня его расположения на маятнике: чем больше груз и чем ниже он расположен на маятнике, тем больше мышечное усилие.

Систематическая тренировка на **блоковых установках** также способствует увеличению силы мышц при противодействии массе груза, увеличению амплитуды движений, но в меньшей мере, чем при работе на маятниковых механоаппаратах. Упражнения на блоковом механоаппарате используются в восстановительном периоде после переломов костей, при заболеваниях суставов.

Методика проведения механотерапии должна учитывать активность процесса, стадию, давность заболевания, степень функциональной недостаточности суставов, течение процесса. Выполнение упражнений следует начинать с минимального груза, в медленном темпе, с небольшой амплитудой движения, используя частые паузы для отдыха. Начинают тренировку с наименее пораженных суставов, длительность упражнений с 5 минут постепенно доводят до 20, масса груза — от 1 до 5 кг. До-

зирование нагрузки обеспечивается за счет увеличения ежедневных тренировок, длительности тренировки, массы применяемого груза на основе принципа постепенности и регулярности, с учетом степени гипотрофии упражняемых мышц, выраженности болевого синдрома и переносимости самой процедуры.

В первые дни лечебно-восстановительных занятий механотерапию проводят раз в день, воздействуя на все пораженные суставы, в дальнейшем — 2 раза в день. Три занятия в неделю допускаются при отсутствии признаков нарушения работы сердечно-сосудистой и нервно-мышечной систем, что контролируется с помощью соответствующих исследований. Механотерапия хорошо сочетается с лечебной гимнастикой, массажем, ультрафиолетовым облучением, грязевыми аппликациями, сероводородными и хлоридными натриевыми ваннами, другими физиотерапевтическими процедурами.

Применение различных **тренажеров** позволяет осуществлять точное дозирование физической нагрузки с параллельным развитием двигательных способностей человека (сила, координация, гибкость, скоростно-силовая выносливость). Среди них — велотренажеры (ножные и ручные), лыжный и гребные тренажеры, третбаны (бегущая дорожка), эспандеры, роллеры (гимнастические катки), мини-батуты. Объединяющим признаком выполнения физических упражнений на вышеперечисленных тренажерах является циклический характер мышечной деятельности. Продолжительность курса занятий на тренажерах, периодичность занятий в неделю, мощность выполняемой работы для каждого занимающегося определяется индивидуально.

Приложение 4

Выбор исходного положения в лечебной гимнастике

Используя разные исходные положения при одном и том же физическом упражнении, можно вовлекать в работу различные мышечные группы и изменять нагрузку на одни и те же мышечные группы, тем самым изменяя физиологическую нагрузку.

В лечебной гимнастике различают четыре типа исходного положения.

➔ **Изменяющие форму и величину опорной поверхности** — лежа, сидя, стоя (лежа на спине, лежа на спине с высоким подголовьем, лежа на животе, лежа на боку, сидя верхом на скамейке, в упоре на коленях (бипедальное положение), в колено-локтевом положении (тетрапедальное положение), стоя со скрещенными ногами).

Данный тип И.п. влияет на мышечный тонус. Например: И.п. лежа — обеспечивает наименьший мышечный тонус, И.п. сидя — вызывает напряжение мышц туловища и шеи, И.п. стоя — напряжение мышц туловища, шеи и нижних конечностей.

➔ **Изолирующие И.п.** — применяются при необходимости усилить локальное воздействие физических упражнений на определенный сегмент тела или орган и выключить всякого рода компенсаторные движения. Например: для усиления воздействия на позвоночник наклонов туловища в сторону целесообразно использовать И.п. «стойка ноги вместе, носки сомкнуты» (уменьшаются движения в тазобедренном суставе) и «сидя верхом на скамейке» (исключаются движения в тазобедренном суставе). Повороты туловища оказывают более сильное локальное воздействие, если они выполняются в И.п. «сидя по-турецки» и «сидя на скамейке». В положении на правом боку увеличивается вентиляция левого легкого.

➔ **И.п. с изменением центра тяжести всего тела или отдельных его частей** — служат для регулировки нагрузки. Например: при наклонах туловища в сторону чем выше руки (на поясе, у плеча, за головой, вверху), тем упражнение труднее для выполнения, при сгибании рук в упоре чем выше упор, тем легче выполняется упражнение.

➔ **Облегчающие И.п.** — уменьшают силу тяжести конечности или способствуют ее использованию для движения, уменьшают трение конечности о соприкасающуюся с ней поверхность, создают наиболее оптимальный угол для приложения силы мышц к рычагу, который они приводят в движение. То есть данный тип И.п. уменьшает нагрузку при выполнении упражнения. Такие И.п. применяют для тренировки ослабленных мышц и выявления активных движений у больных, перенесших мозговую инсульт. Например, для уменьшения силы тяжести пред-

плеча при сгибании в локтевом суставе рука поддерживается в таком положении, чтобы сгибание совершалось в горизонтальной плоскости. При ослабленных мышцах передней поверхности голени разгибание в голеностопном суставе (тыльное сгибание) легче всего выполнять в И.п. «лежа на животе с согнутой в коленном суставе под прямым углом ногой» (тяжесть стопы облегчает движение). Движения ногами в И.п. лежа, не отрывая их от опоры, легче выполнять на гладкой поверхности (подкладка из органического стекла), для облегчения сгибания в локтевом суставе предварительно (пассивно) создается тупой угол между плечом и предплечьем.

Приложение 5

Факторы, влияющие на величину нагрузки

При дозировании нагрузки следует учитывать ряд факторов, оказывающих влияние на ее величину.

→ **Выбор исходного положения.** И.п. лежа, сидя — облегчают нагрузку, стоя — увеличивают.

→ **Объем и количество мышечных групп.** Чем большее количество мышц участвует в физическом упражнении и чем они крупнее, тем больше будет физическая нагрузка. Включение в ЛГ небольших мышечных групп (стопа, кисти) уменьшает нагрузку; упражнения для крупных мышц — увеличивают.

→ **Локализация нагрузки при применении физических упражнений.** Это связано с правильным распределением физической нагрузки на различные мышечные группы. Оценка физических упражнений по признаку локализации действия позволяет в зависимости от поставленных задач в одних случаях (например при контрактуре) усилить физическую нагрузку на пораженную систему, а в других (например, подострый артрит) — осуществить принцип щажения.

→ **Амплитуда движения.** Чем полнее сокращаются мышцы при выполнении физического упражнения, тем больше объем движений, а следовательно, и больше доза физической нагрузки. Поэтому всегда при сниженной силе мышц следует начинать

выполнять физические упражнения с меньшей амплитуды, а когда сила мышц увеличивается, увеличивать и амплитуду движений. Большое значение для функционального восстановления суставов и мышц имеет совершение движений до крайней амплитуды, физиологически возможной для данного сустава.

➔ **Количество упражнений.** Физические упражнения можно дозировать по количеству упражнений, входящих в комплекс, повторений каждого упражнения или по длительности его выполнения, выраженной во времени (в секундах, минутах).

Чем больше физических упражнений входит в комплекс ЛФЗ, тем больше нагрузка на организм.

Для различных мышечных групп дозировка разных физических упражнений не должна быть одинаковой, так как физическая нагрузка на организм при их выполнении различна. Ориентировочно для физических упражнений с участием мелких мышечных групп (кистей и стоп) можно рекомендовать следующее число повторений — 6, 8, 10, 15 раз. Для упражнений с включением средних мышечных групп (в коленном и локтевом суставах) — 4—6 раз каждой конечностью. Для физических упражнений с участием крупных мышечных групп (туловища, обеих нижних конечностей и др.) — 3—4 раза в каждую сторону. Дозировка для ходьбы и бега выражается во времени — например, от 30 секунд до 3 минут.

➔ **Темп выполнения.** Он бывает медленный, средний, быстрый. Он выбирается в соответствии с патологическим процессом, общим состоянием больного и величиной упражняемой мышечной группы.

Например, быстрый темп ускоряет кровообращение и увеличивает физическую нагрузку, но не всегда означает большую физическую нагрузку. Бывают случаи, когда быстрый темп дает инерцию движению и упражнение выполняется легче, а при медленном темпе часто требуется больше напряжения мышц для преодоления веса той или иной части тела, что сопровождается увеличением физических затрат (например, силовые физические упражнения).

➔ **Ритм.** Ритмичное выполнение упражнений облегчает нагрузку. При ритмичном выполнении физических упражнений (ритмичное сокращение и расслабление мышц) быстрее вырабатывается двигательный навык и улучшается крово- и лимфообращение, что способствует снижению дозы нагрузки.

→ **Требование точности выполнения упражнений.** Вначале нагрузку увеличивают, а при выработке автоматизма — уменьшают. Чем точнее выполняется упражнение, тем легче последующее его выполнение, так как вырабатывается стереотип движения. Иногда точность при выполнении специальных физических упражнений для определенных мышц (при парезах, параличах, контрактурах) вызывает у больных затруднение и в данном случае нагрузка увеличивается.

→ **Простота и сложность выполняемых физических упражнений.** Они зависят от количества и вида включенных мышечных групп и от координации их деятельности при выполнении физических упражнений. Сложные упражнения (на координацию) требуют большой физической нагрузки, напряжения воли и внимания, что приводит к быстрому утомлению. Начинают занятие всегда с простых упражнений, а затем переходят к более сложным.

→ **Соотношение дыхательных и гимнастических упражнений.** Дыхательные упражнения используют как средство, снижающее физическую нагрузку. Упражнения на расслабление и статические дыхательные упражнения снижают нагрузку: чем больше дыхательных упражнений, тем меньше нагрузка. Их соотношение к общеразвивающим и специальным может быть 1 : 1; 1 : 2; 1 : 3; 1 : 4; 1 : 5.

→ **Эмоциональность.** Положительные эмоции на занятиях в игровой форме помогают легче переносить нагрузку. Эмоциональная окраска возникает благодаря разнообразию самих физических упражнений, смене И.п., использованию различных предметов и снарядов, игровых упражнений, игр и музыки. Положительные эмоции увеличивают эффект от лечебной гимнастики и устраняют психогенную подавленность. Однако слишком эмоциональные занятия могут привести к передозировке физической нагрузки и ухудшению состояния больного.

→ **Степень напряжения.** Различная степень напряжения больного при выполнении упражнений изменяет нагрузку. Простые упражнения не требуют больших усилий и обычно они не сопровождаются большой физической нагрузкой. Однако в зависимости от состояния опорно-двигательного аппарата выполнение простых упражнений иногда (например при парезе мышц)

может требовать значительного усилия со стороны больного. Поэтому при дозировке физических упражнений всегда нужно учитывать степень усилия, необходимого для выполнения данного упражнения.

→ **Рассеивание нагрузки.** Принцип рассеивания нагрузки с чередованием различных мышечных групп позволяет подобрать оптимальную нагрузку.

→ **Дополнительные средства.** Использование предметов и снарядов влияет не только на повышение, но и на уменьшение нагрузки.

→ **Плотность занятия.** 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.

Приложение 6

Правила компетентных родителей

1. Диагноз, который поставили ребенку, не повод для изоляции семьи от мира. Нужно вместе выработать объединяющую всех ее членов и определяющую стратегию активного поведения в отношении лечения, развития и социализации.

2. Необходимо правильно расставить задачи и приоритеты, выбрать подходящие для ребенка методики развития и коррекции, создать комфортные условия их использования, научиться оценивать их результативность. Если ребенок не может освоить какие-то навыки, значит, подобранная методика не соответствует его возможностям. Нужно идти дальше, искать, потому что ваш ребенок может и должен быть успешным!

3. Заниматься с ребенком лучше в спокойной и доброжелательной обстановке.

4. Желательно установить систему разумных требований, организовать взаимодействие с ним с помощью видов деятельности, которые интересны ребенку.

5. Старайтесь сформировать и поддерживать интерес ребенка к доступной ему творческой деятельности (рисованию, пению, игре на музыкальных инструментах, танцам, подвижным играм и др). Сделайте творчество частью жизни вашего ребенка.

6. Будьте терпимы к «необычному поведению», странным вопросам, высказываниям своего ребенка. Если поведение ребенка не вписывается в общепринятые стандарты (избегает контактов, бывает неадекватен, бьется головой, кричит, плачет, дергается), научитесь переключать его внимание, остановить деструктивное поведение, не смущаясь реакции окружающих, а наоборот, привлекая их к оказанию помощи. Нужно также научиться различать признаки, предвещающие вспышки агрессивного состояния (расширенные глаза или учащенное дыхание, возбужденное поведение) и быть готовым к ним. Обсуждайте с ребенком эти ситуации.

7. Научите ребенка жить в условиях постоянного преодоления трудностей (своего нездоровья, отношения окружающих, бытовых проблем, др.), искать и находить в этом источник радости.

8. Ищите помощников в кругу семьи, среди ближайших и дальних родственников, знакомых и друзей, соседей по площадке. Не стесняйтесь просить помощь и сами ее тоже оказывайте по возможности другим. Привлекайте к решению проблем и других своих детей. Определите для них дело, значимость которого подчеркивайте для всей семьи.

9. Находите время для отдыха, самообразования и собственных увлечений. Приобретайте полезные привычки содержать свой дом в порядке, создавать в нем уют и комфорт.

10. Учитесь планировать свой день и свое время. Для этого полезно завести дневник и отмечать в нем события дня. Дневник поможет определить свои нагрузки, резерв времени, который обязательно понадобится, для того чтобы начатое дело с наибольшей вероятностью благополучно завершилось.

Найдите партнеров среди других родителей, представителей образовательных и социальных структур. Занимая активную позицию, вы сможете эффективно решать свои проблемы, помогать другим, получать необходимую информацию и ориентироваться в ней, выбирать подходящую развивающую программу, оздоровительную методику, своевременно пройти обследование, защитить права ребенка и своей семьи.

Методические рекомендации по организации и проведению физкультурно-спортивного праздника для лиц с ОВЗ различных нозологических групп [38]

Организационно-педагогические условия реализации технологии проведения физкультурно-спортивных мероприятий с инвалидами различных нозологий:

- торжественное открытие и закрытие мероприятия;
- проведение общей разминки для всех участников;
- включение показательных выступлений спортсменов-инвалидов;
- разделение спортивной площадки на зоны для одновременного проведения конкурсов и спортивных игр с инвалидами различных нозологий;
- участие в эстафетах смешанных команд, состоящих из инвалидов различных нозологических групп и здоровых; проведение индивидуальных состязаний;
- оценка достижений с награждением победителей и поощрительными призами проводится для всех участников без исключения;
- привлечение внимания органов государственной власти, общественности, средств массовой информации, а также эстетическое сопровождение праздника с помощью арт-групп поддержки (танцевальных, песенных и др.) и зрителей-болельщиков.

Для достижения оптимальных результатов в работе с лицами, имеющими ОВЗ, необходимо опираться на личностно ориентированный, деятельностный, междисциплинарный подход и учесть следующие принципы:

➔ **принцип доступности** — означает соблюдение посильной меры трудности в целях исключения физических, эмоциональных перегрузок лиц с ограниченными возможностями здоровья. Подбор всех видов упражнений, эстафет и конкурсов проводится с учетом физических, психических и интеллектуальных возможностей участников праздника и предварительным знакомством с двигательным заданием или элементом игры;

➔ **принцип открытости и массовой вовлеченности** — предполагает привлечение к участию в одном мероприятии инвали-

дов различных нозологических групп, их родственников, студентов, специалистов АФК и других, общественности, средств массовой информации, болельщиков. Обязательно торжественное построение всех участников на открытии и закрытии праздника, постоянное освещение комментаторами или ведущими хода соревнований.

Спортивная площадка делится на зоны для одновременного проведения конкурсов среди инвалидов различных нозологических групп. В конкурсах и состязаниях могут принимать участие сопровождающие лица и родственники инвалидов. В «Веселых стартах» и эстафетах соревнуются смешанные команды, состоящие из здоровых людей (студентов), инвалидов-колясочников, лиц с нарушением интеллекта и т. д. Интеграция здоровых людей и лиц с различными формами инвалидности располагает к совместному общению участников, оказанию взаимной помощи в процессе командной спортивной борьбы и стремлению к победе;

→ **принцип учета возможностей для самореализации** — предусматривает проведение индивидуальных конкурсов и показательных выступлений спортсменов-инвалидов (преодоление препятствий на инвалидных колясках, броски в баскетбольное кольцо и т. д.). На торжественном закрытии, кроме награждения победителей и призеров, поощрительными призами отмечаются все участники мероприятия. Программы конкурсов и состязаний подбираются таким образом, чтобы не требовалось специальной подготовки спортивных площадок и наличия специализированного дорогостоящего спортивного инвентаря. Это поможет сделать проведение мероприятия доступным для спортивных сооружений и организаций любого уровня оснащения и подготовленности;

→ **принцип адекватности и оптимальности педагогических воздействий** — определяет разнообразный выбор средств, методов, методических приемов. Программа праздника варьируется с учетом условий проведения и присутствующего контингента участников. Используется параллельное проведение различных соревнований и состязаний. Учитывая состояние здоровья и различный уровень физической подготовленности лиц с ОВЗ и инвалидов, их быструю утомляемость, длительность мероприятия не должны превышать 2,5 часа. Представленные виды

спортивной деятельности проходят с постепенным усложнением и периодическим нарастанием двигательной активности участников (2—3 пика интенсивной физической нагрузки с дальнейшим снижением ее).

Приложение 8

Контрольные материалы

➔ Тестовые задания № 1

1. *Выберите правильный ответ (в данном тексте он выделен полужирным шрифтом).*

Повышение доступности качественного образования предполагает решение ряда приоритетных задач, к которым относится:

А. Обеспечение инновационного характера базового образования.

Б. Модернизация институтов системы образования как инструментов социального развития.

В. Создание образовательной среды, обеспечивающей доступность качественного образования и успешную социализацию для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Г. Все вышеперечисленное.

2. *Выберите правильный ответ.*

Федеральным законом РФ от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в РФ» определено понятие «обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья»:

А. Лица, имеющие физический недостаток.

Б. Лица, имеющих психический недостаток.

В. Лица, имеющие физический и (или) психический недостатки, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией.

Г. Лица с двигательными, психическими и сенсорными нарушениями.

3. *Выберите правильный ответ.*

К специальным образовательным условиям учащихся с ограниченными возможностями здоровья относится:

А. Специальное программное обеспечение.

Б. Индивидуальные технические средства обучения и среда жизнедеятельности, комплекс психолого-педагогических, социальных и медицинских услуг.

В. Комплекс психолого-педагогических, социальных и медицинских услуг; специальное программное обеспечение.

Г. Все вышеперечисленное.

4. Выберите правильный ответ.

Основными направлениями модернизации системы физического воспитания различных категорий и групп населения в образовательных организациях (дошкольных, школьных, профессиональных) являются:

А. Улучшение физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы среди социально незащищенных слоев общества, укрепление здоровья, профилактика простудных и инфекционных заболеваний.

Б. Совершенствование физического воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов и привлечение их к занятиям спортом.

В. Формирование интереса к регулярным занятиям физической культурой.

Г. Совершенствование физического воспитания лиц с ОВЗ и инвалидов и привлечение их к занятиям спортом, модернизация физического воспитания в образовательных организациях.

5. Правильно укажите границы сенситивного периода развития координации тонких и точных движений кисти и пальцев.

А — 5—7 лет, Б — 9—13 лет, В — 7—12 лет, Г — 7—13 лет

Координация тонких и точных движений кисти и пальцев у детей с ОВЗ	А
--	---

6. Правильно расставьте возрастные границы наибольшего прироста двигательных способностей детей с ОВЗ.

А — 9—13 лет, Б — 7—12 лет, В — 14—20 лет, Г — 14—17 лет

Координационные способности	Б
Скоростные качества	А
Мышечная сила	Г
Выносливость	В

7. Выберите правильный ответ.

Формирование осознанного отношения обучающихся с ОВЗ, понимания полезности занятий физическими упражнениями проявляется в следующих действиях:

А. Объяснять целевое назначение каждого нового физического упражнения.

Б. Адаптировать технику изучаемого двигательного действия к реальным возможностям занимающихся с опорой на сохраненные функции.

В. Оказывать внимание каждому ученику, поощрять за малейшие успехи, оказывать поддержку и необходимую помощь своим личным примером, проводить рефлексию выполняемых двигательных действий.

Г. Все вышеперечисленное.

8. Выберите правильный ответ.

При формировании представлений о движении для слепых детей в обучении лучше использовать:

А. Объемные и плоскостные макеты тела человека с подвижными суставами.

Б. Рельефные изображения поз, осанки, движения, маршрута; магнитные наглядные пособия; нестандартный инвентарь.

В. Все указанные средства.

Г. Звуковые сигналы, заменяющие зрительное восприятие (звуколидеры, звучащие мячи, колокольчики, др.); тренажеры, оптические средства (коррекционные очки, контактные линзы, увеличительное стекло).

9. Выберите правильный ответ.

Для формирования двигательного образа на занятиях по АФК с глухими и слабослышащими используют методические приемы:

А. Схемы, рисунки, плакаты с названием частей тела, суставов.

Б. Учебные карточки с рисунками, схемами движений, заданиями, указателями; световые, звуковые, вибрационные сигналы.

В. Показ педагогом движений в разных положениях со словесным сопровождением и одновременным выполнением детьми упражнений по подражанию и проговариванием вслух.

Г. Все вышеперечисленное.

10. Выберите правильный ответ.

Дифференциацию детей с ОВЗ при проведении уроков физической культуры осуществляет учитель (преподаватель) физической культуры, учитывая при этом:

А. Уровень физической подготовленности, готовность к обучению, двигательный опыт, особенности воспитания.

Б. Двигательный опыт, готовность к обучению.

В. Данные психолого-педагогического и медицинского обследования.

Г. Заболевания, показания и противопоказания к занятиям, имеющиеся вторичные нарушения.

11. Выберите правильный ответ.

В специальных (коррекционных) образовательных организациях для детей с нарушениями интеллекта выделяют типологические группы. К первой группе относятся дети:

А. Не имеющие соматических отклонений, быстро овладевающие умениями, навыками, справляющиеся с достаточно высокими физическими нагрузками, быстро восстанавливающиеся.

Б. Со средним уровнем физического развития и двигательной подготовленности. Они медленнее осваивают новые двигательные действия, хуже переносят достаточно высокие нагрузки.

В. Имеющие диспропорции телосложения, нарушения осанки, страдающие соматическими заболеваниями. Они медленно овладевают двигательными умениями, плохо переносят физические нагрузки, долго восстанавливаются.

Г. С сопутствующими основному дефекту соматическими расстройствами. Они имеют уровень физического развития ниже среднего, могут овладеть лишь элементарными двигательными действиями.

12. Определите типологические группы детей с нарушениями интеллекта.

А — 1 группа, Б — 2 группа, В — 3 группа, Г — 4 группа

Не имеют соматических отклонений, быстро овладевают умениями, навыками, справляются с достаточно высокими физическими нагрузками, быстро восстанавливаются	А
Имеют диспропорции телосложения, нарушения осанки, страдают соматическими заболеваниями. Медленно овладевают двигательными умениями, плохо переносят физические нагрузки, долго восстанавливаются	В

Со средним уровнем физического развития и двигательной подготовленности. Медленнее осваивают новые двигательные действия, хуже переносят достаточно высокие нагрузки	Б
Имеют сопутствующие основному дефекту соматические расстройства. Уровень физического развития ниже среднего, могут овладеть лишь элементарными двигательными действиями	Г

13. Выберите правильный ответ.

Принцип оптимальности в педагогическом процессе с детьми и подростками, имеющими ОВЗ, означает:

А. Разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки.

Б. Использование физических упражнений, различных по характеру, направленности, сложности.

В. Соблюдение принципа «помоги, не навредив».

Г. Разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки; использование вариативности физических упражнений (по характеру, направленности, сложности); создание благоприятных условий для оптимальной реализации функций органов и систем с помощью соблюдения принципа «помоги, не навредив».

14. Выберите правильный ответ.

Принцип адекватности педагогических воздействий предполагает:

А. Соответствие выбора средств, методов, методических приемов обучения функциональному состоянию занимающихся.

Б. Учет тяжести основного дефекта, сопутствующих заболеваний и вторичных нарушений.

В. Учет возрастных особенностей; сохранность сенсорных систем; интеллекта; особенности общения, поведения; способность к обучению, наличие двигательного опыта.

Г. Все вышеперечисленное.

15. Выберите правильный ответ.

В практике физической культуры вариативность обеспечивается:

А. Разнообразием физических упражнений (упражнения-образы с ориентировочной основой действий; дробное выполнение упражнений; имитационные упражнения, на тренажерах и др.).

Б. Разнообразием элементов техники физических упражнений (исходного положения, темпа, ритма, усилий, скорости, направления, траектории, амплитуды и т.п.);

В. Использованием всего перечисленного.

Г. Разнообразием методов и методических приемов; внешних условий выполнения упражнений (помощь, страховка, сопровождение, применение ограничителей, сопротивлений; сенсорные ощущения); способов регулирования эмоционального состояния детей.

→ Тестовые задания № 2

1. Выберите правильный ответ.

Механизм влияния физических упражнений на состояние занимающегося имеет следующий характер воздействия:

А. Тонизирующий, трофический.

Б. Компенсирующий.

В. Оздоровительно-развивающий.

Г. Тонизирующий, трофический; компенсирующий и нормализующий функции систем организма.

2. Выберите правильный ответ.

В лечебно-восстановительном направлении различают следующие формы организации занятий:

А. Основная, дополнительная, самостоятельные занятия.

Б. Лечебная гимнастика, утренняя гигиеническая гимнастика.

В. Дозированные ходьба, гребля, плавание, бег.

Г. Дополнительная форма занятия и самостоятельные занятия.

3. Выберите правильный ответ.

При проведении дозированной ходьбы с лицами, имеющими нарушения обмена веществ, опорно-двигательного аппарата, на подготовительном этапе лечебно-тренировочных занятий используют следующие режимы нагрузки:

А. Режим малой нагрузки. Ходить рекомендуется по ровной местности, лучше в парках и садах с мягким травяным покрытием. Темп ходьбы медленный (60—80 шагов в минуту) и средний (80—100 шагов в минуту).

Б. Режим средней нагрузки. Ходьба проводится в ускоренном темпе (до 100—120 шагов в минуту) и по холмистой местности при углах подъема 3—10 градусов.

В. Режим большой нагрузки. Назначаются ходьба, бег в быстром темпе (140—180 шагов в минуту), также ходьба по пересеченной и гористой местности (углы подъема 10—30 градусов). Темп произвольный, чаще спокойный.

Г. Режим малой нагрузки. Ходить рекомендуется по ровной местности, лучше в парках и садах с мягким травяным покрытием, темп ходьбы медленный (60—80 шагов в минуту) и средний (80—100 шагов в минуту). А также режим средней нагрузки. Ходьба проводится в ускоренном темпе (до 100—120 шагов в минуту) и по холмистой местности при углах подъема 3—10 градусов.

4. *Выберите правильный ответ.*

При проведении вводной (подготовительной) части занятия по лечебной физической культуре используются:

А. **Простые общеразвивающие упражнения, в основном для мелких и средних мышечных групп, ходьба, дыхательные упражнения.**

Б. Специальные и общеразвивающие упражнения.

В. Элементарные гимнастические упражнения, дыхательные, упражнения на расслабление, медленная ходьба, игры малой интенсивности.

Г. Общеразвивающие, дыхательные, на расслабление.

5. *Выберите правильный ответ.*

Основная часть занятия по лечебной физической культуре включает:

А. Простые общеразвивающие упражнения, в основном для мелких и средних мышечных групп, ходьба, дыхательные упражнения.

Б. **Специальные и общеразвивающие упражнения.**

В. Элементарные гимнастические упражнения, дыхательные, упражнения на расслабление, медленную ходьбу, игры малой интенсивности.

Г. Общеразвивающие, дыхательные, упражнения на расслабление.

6. *Выберите правильный ответ.*

В заключительной части занятия по лечебной физической культуре используются:

А. Простые общеразвивающие упражнения, в основном для мелких и средних мышечных групп, ходьба, дыхательные упражнения.

Б. Элементарные гимнастические упражнения, дыхательные, упражнения на расслабление, медленная ходьба, игры малой интенсивности.

В. Специальные и общеразвивающие упражнения.

Г. Общеразвивающие, дыхательные, упражнения на расслабление.

7. Выберите правильный ответ.

Величина физической нагрузки (по В. Н. Мошкову) на занятиях лечебно-восстановительного направления может быть следующая:

А. Нагрузка без ограничения, с разрешением бега, прыжков и сложных для выполнения общенагрузочных упражнений.

Б. Средняя нагрузка (с ограничением), исключающая бег, прыжки, упражнения с выраженным усилием, сложные координационные упражнения. Соотношение общеразвивающих и специальных к дыхательным упражнениям 1 : 3 и 1 : 4.

В. Слабая нагрузка, характеризующаяся использованием элементарных гимнастических упражнений, преимущественно с И.п. лежа и сидя. Соотношение с дыхательными упражнениями 1 : 1 или 1 : 2.

Г. Все вышеперечисленные виды.

8. Выберите правильный ответ.

Характеристика внешних признаков утомления (по Т. А. Тарасовой, 2005) включает три степени утомления (небольшая — А, средняя — Б, выраженная — В) по наблюдаемым признакам. Укажите признаки окраски кожи, выражения лица, которые соответствуют выраженной степени утомления:

Внешние признаки состояния ребенка	Степень утомления		
	А	Б	В
Окраска кожи, лица, шеи. Выражение лица	Небольшое покраснение лица, выражение лица спокойное	Значительное покраснение лица, выражение напряженное	Побледнение или синюшность кожного покрова, выражение страдальческое

9. Выберите правильный ответ.

Характеристика внешних признаков утомления (по Т. А. Тарасовой, 2005) включает три степени утомления (небольшая — А, средняя — Б, выраженная — В) по наблюдаемым призна-

кам. Укажите признаки дыхания, которые соответствуют средней степени утомления:

Внешние признаки состояния ребенка	Степень утомления		
	А	Б	В
Характер дыхания	Немного учащенное, ровное	Сильно учащенное, периодически глубокие вдохи и выдохи	Сильно учащенное, поверхностное и аритмичное

10. Выберите правильный ответ.

Характеристика внешних признаков утомления (по Т. А. Тарасовой, 2005) включает три степени утомления (небольшая — А, средняя — Б, выраженная — В) по наблюдаемым признакам. Укажите признаки движений при выраженной степени утомления:

Наблюдаемые признаки	Степень утомления		
	А	Б	В
Качество движений	Четкое, бодрое выполнение команд	Неуверенное, нечеткое выполнение команд, дополнительные движения. Может быть моторное возбуждение или наоборот — заторможенность	Дрожание конечностей, частые покачивания, отставание от группы при ходьбе

11. Выберите правильный ответ.

Оздоровительная тренировка состоит из трех частей: подготовительной, основной и заключительной. Деление занятия на три части связано:

А. С фазовым изменением работоспособности человека при выполнении физической работы.

Б. С функциональными приспособлениями организма ребенка во время выполнения физических упражнений.

В. С возрастными и индивидуальными особенностями детей.

Г. С достижением уровня тренированности, который обеспечивает оптимальную физическую работоспособность и сохранность уровня здоровья.

12. Выберите правильный ответ.

Физическая нагрузка — определенная мера воздействия физических упражнений на организм занимающихся. Величина нагрузки характеризуется объемом и интенсивностью. Объем нагрузки может быть представлен:

- А. Количеством выполненных упражнений за определенный отрезок, количеством повторений упражнения.
- Б. Километражем пройденного расстояния.
- В. Величиной внешних отягощений.
- Г. Всем вышеперечисленным.**

13. Выберите правильный ответ.

Методические особенности проведения занятий оздоровительно-развивающей направленности с учащимися, имеющими ОВЗ:

- А. Предпочтительны три занятия в неделю продолжительностью от 30 до 60 минут, с однодневным отдыхом.**
- Б. Рекомендованы два занятия в неделю продолжительностью от 60 до 90 минут, с двухдневным отдыхом.
- В. Рекомендованы два занятия в неделю продолжительностью от 40 до 60 минут, с двухдневным отдыхом.
- Г. Предпочтительны четыре занятия в неделю продолжительностью от 15 до 30 минут, с однодневным отдыхом.

14. Выберите правильный ответ.

На первых занятиях оздоровительной направленности моторная плотность равна примерно:

- А. 30—35 % от общей плотности занятия.
- Б. 45—50 % от общей плотности занятия.**
- В. 50—55 % от общей плотности занятия.
- Г. 55—65 % от общей плотности занятия.

15. Выберите правильный ответ.

По мере адаптации ребенка к нагрузке можно увеличить моторную плотность до следующих величин:

- А. 50—55 % от общего времени занятий.
- Б. 55—60 % от общего времени занятий.
- В. 60—65 % от общего времени занятий.
- Г. 70—75 % от общего времени занятий.**

16. Выберите правильный ответ.

Оптимальный диапазон физической нагрузки, по данным

физиологов, находится в зависимости от возраста и состояния здоровья детей в пределах ЧСС:

- А. От 120 до 170 уд/мин.
- Б. От 120 до 130 уд/мин.
- В. От 130 до 150 уд/мин.
- Г. От 150 до 170 уд/мин.

➔ **Тестовые задания № 3 [24]**

1. *Выберите правильный ответ.*

Задачи в адаптивной физической культуре можно разделить на две группы:

- А. Профилактические и воспитательные.
- Б. Коррекционные и образовательные.
- В. Компенсаторные и оздоровительные.
- Г. **Общие и специфические.**

2. *Выберите правильный ответ.*

В процессе адаптивного физического воспитания решаются следующие приоритетные задачи:

А. Коррекция основного дефекта занимающегося путем обеспечения рациональной двигательной деятельности.

Б. Коррекция и профилактика сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, обусловленных основным дефектом.

В. Коррекционные, компенсаторные, профилактические.

Г. Компенсация наличных возможностей инвалида путем развития, сохранения и использования в новом качестве сохранных телесно-двигательных характеристик.

3. *Выберите правильный ответ.*

В процессе адаптивного физического воспитания решаются традиционные для физического воспитания задачи:

А. Обучение жизненно и профессионально важным знаниям, умениям и навыкам; воспитание основных свойств личности.

Б. Образовательные, воспитательные, развивающие.

В. Развитие и совершенствование физических и психических качеств и способностей занимающихся.

Г. Создание условий для планомерной и целенаправленной подготовки занимающихся к жизни в обществе и профессиональному самоопределению.

4. Выберите правильный ответ.

Многообразие коррекционных задач позволило выделить их основную направленность:

А. Коррекция сенсорных функций, психических и соматических нарушений, координационных способностей, физической подготовленности, техники.

Б. Профилактика, развитие и коррекция зрительной, слуховой, кинестетической, тактильной, вестибулярной функций.

В. Коррекция нарушений осанки, плоскостопия и других деформаций телосложения, дыхания, сердечно-сосудистой системы и т. п.

Г. Коррекция техники основных движений (пространственных, временных, динамических, ритмических характеристик в ходьбе, беге, прыжках, метаниях).

5. Выберите правильный ответ.

Раскройте понятие «социальная интеграция»:

А. Активное включение инвалидов в культурную, социальную и трудовую жизнь общества вместе со здоровыми людьми.

Б. Обучение детей и взрослых с различными дефектами в учреждениях системы образования вместе со здоровыми.

В. Дополнительное физкультурное образование лиц с отклонениями в состоянии здоровья в спортивных организациях вместе со здоровыми.

Г. Комплектование специальных медицинских групп из учащих разного пола, возраста, физической подготовленности, но одной нозологической группы.

6. Выберите правильный ответ.

Процесс педагогической интеграции предполагает:

А. Организацию совместных физкультурно-оздоровительных и спортивно-массовых мероприятий для лиц с ограниченными возможностями и здоровых участников.

Б. Обучение детей и взрослых с различными дефектами в учреждениях системы образования вместе со здоровыми.

В. Участие инвалидов в культурной, социальной, трудовой жизни общества вместе со здоровыми людьми.

Г. Проведение состязаний различного уровня и масштаба, объединяющих спортсменов-инвалидов разных видов спорта, возраста, из разных городов и стран.

7. Выберите правильный ответ.

К стратегическим методам (факторам) воспитания личности в адаптивной физической культуре относятся:

А. Слова, действия, оценки.

Б. Методы воспитывающей среды, воспитывающей деятельности, осмысления человеком себя в реальной жизни.

В. «Я-сообщение», «Ты-сообщение», возложение оценочных полномочий на ребенка.

Г. Показ-инструкция, специальный тренинг, приказ к действию в особых случаях.

8. Выберите правильный ответ.

К педагогическим методам воздействия при воспитании детей с ограниченными возможностями здоровья относят:

А. Методы одобрения, диалога, рекомендации, признания значимости сделанного.

Б. Методы дискуссии, благодарности, показа-инструкции, похвалы.

В. Методы специального тренинга, раскрытия внутреннего смысла, просьбы, замечания.

Г. Методы убеждения, упражнения, педагогической оценки, наказания.

9. Выберите правильный ответ.

К методам организации взаимодействия педагога и занимающихся в адаптивной физической культуре относят:

А. Занятия: коллективные, групповые, индивидуальные.

Б. Занятия: индивидуальные, индивидуально-групповые, малогрупповые.

В. Занятия: групповые, индивидуальные, поточные.

Г. Занятия: групповые, малогрупповые, классные.

10. Укажите правильный ответ.

Основной формой занятий во всех видах (компонентах) адаптивной физической культуры является:

А. Утренняя гимнастика.

Б. Физкультминутки на общеобразовательных уроках.

В. Занятия и игры в семье.

Г. Урочная форма.

11. Выберите правильный ответ.

Понятие «метод» определяют как:

А. Способ достижения цели, совокупность действий педагога

и учащихся в связи с организационно-содержательным обеспечением образовательной деятельности.

- Б. Способ достижения цели.
- Б. Ведущая направленность педагогического процесса.
- Г. Физическое упражнение.

12. Выберите правильный ответ.

Основные группы методов, применяемые в АФК:

А. Методы слова (информация речевого воздействия), методы наглядности (информация перцептивного воздействия).

Б. Методы обучения и воспитания личности.

В. Методы развития физических способностей, формирования знаний, воспитания личности.

Г. Методы формирования знаний, обучения двигательным действиям, развития физических качеств и способностей, воспитания личности, взаимодействия педагогов и занимающихся.

13. Выберите правильный ответ.

Для развития физического качества — выносливости у обучающихся с ограниченными возможностями используются следующие методы:

А. Вариативный, сенсорный, «ударный», равномерный, электростимуляции, игровой.

Б. Методы максимальных, динамических, изометрических усилий, равномерный и контрастный.

В. Переменный, повторный, игровой, интервальный, равномерный, соревновательный.

Г. Повторный, игровой, интервальный, методы изокинетических и изометрических усилий.

14. Выберите правильный ответ.

Для комплексного развития координационных способностей, эмоционально-волевой и психической сферы детей и подростков с ОВЗ наиболее эффективен следующий метод:

А. Равномерный.

Б. Переменный.

В. Игровой.

Г. Соревновательный.

15. Выберите правильный ответ.

Ведущей направленностью процесса физического воспитания школьников основной и подготовительной групп является:

А. Профессионально-ориентированная.

- Б. Общеподготовительная.**
- В. Учебно-тренировочная.
- Г. Профилактическая.

16. Выберите правильный ответ.

Направленность компонентов (видов) адаптивной физической культуры:

- А. Теоретическая.
- Б. Коррекционно-развивающая.**
- В. Спортивная.
- Г. Специально-подготовительная.

17. Выберите правильный ответ.

К методам врачебно-педагогического контроля относят:

- А. Визуальное наблюдение.
- Б. Собеседование.
- В. Определение моторной плотности занятия.
- Г. Все вышеперечисленное.**

18. Выберите правильный ответ.

Физиологическая кривая должна иметь:

А. Форму восходящей линии, поднимающейся в основной части урока на 80—100 % от исходной величины (пульса), с несколькими зубцами при наиболее интенсивных упражнениях, заметно снижающейся к концу урока.

Б. Форму линии, поднимающейся в подготовительной части урока на 60—80 % от исходной величины, с несколькими зубцами, резко снижающейся к концу урока.

В. Форму плоской кривой, поднимающейся в основной части занятия на 50—65 % от исходной величины, с несколькими зубцами, плавно снижающейся к концу урока.

Г. Форму плоской кривой, поднимающейся в основной части занятия на 80—100 % от исходной величины, с несколькими зубцами, плавно снижающейся к концу урока.

19. Выберите правильный ответ.

Увеличить моторную плотность занятия помогут следующие меры:

А. Улучшение дисциплины обучающихся, сокращение различных перестроений обучающихся.

Б. Использование игрового и соревновательного методов.

В. Применение кругового метода тренировки.

Г. Все вышеперечисленное.

20. Выберите правильный ответ.

При составлении домашнего задания по предмету «Физическая культура» рекомендуется учитывать следующие положения:

А. Физические упражнения подбираются с учетом их выполнения в домашних условиях.

Б. Упражнения должны вызывать интерес и положительные эмоции у детей с ОВЗ, оказывать комплексное влияние на двигательные функции.

В. Необходимо указывать сроки проверки домашних заданий.

Г. Все перечисленные факторы.



Учебное издание

**Елена
Николаевна
ФОМИЧЕВА**

ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ,
ИМЕЮЩИМИ ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЗДОРОВЬЯ



Учебно-методическое пособие

Редактор *И. М. Морева*
Корректор *К. А. Новикова*
Компьютерная верстка *Л. И. Половинкиной*

Оригинал-макет подписан в печать 27.09.2016 г.
Формат $60 \times 84 \frac{1}{16}$. Бумага офсетная. Гарнитура «TimesET».
Печать офсетная. Усл.-печ. л. 8,14. Тираж 100 экз. Заказ 2355.

Нижегородский институт развития образования,
603122, Н. Новгород, ул. Ванеева, 203.

www.niro.nnov.ru

Отпечатано в издательском центре учебной
и учебно-методической литературы ГБОУ ДПО НИРО.

