Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Храмешин Сергей Николаевич
Должность: Научный руководитель
Дата подписания: 28.08.2025 12:12:05
Уникальный программный ключ:
9e604e7f43158d9188ee2ea0be190a0b41b06c9

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЮРИДИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ О. Е. КУТАФИНА (МГЮА)

О. А. Козлова, Е. Ю. Коротаева

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

Учебное пособие

Электронные версии книг на сайте
www.prospekt.org

• ПРОСПЕКТ •
Москва
2019

УДК 796
ББК 75.0
К59

Электронные версии книг
на сайте www.prospekt.org

Авторы:
Козлова О. А., кандидат педагогических наук, доцент кафедры физического воспитания Московского государственного юридического университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА), известный специалист в области теории и практики физического воспитания студентов специальной медицинской группы и студенческой молодежи. Автор более 50 научных и научно-методических работ. Ею разработано и запатентовано устройство для профилактики сколиотической деформации спины;
Коротаева Е. Ю., старший преподаватель кафедры физического воспитания Московского государственного юридического университета имени О. Е. Кутафина (МГЮА).

Козлова О. А., **Коротаева Е. Ю.**
К59 Адаптивная физическая культура : учебное пособие. — Москва : Проспект, 2019. — 64 с.

ISBN 978-5-392-27169-6

DOI 10.31085/9785392271696-2019-64

В пособии освещены вопросы по организации и методике проведения занятий по адаптивной физической культуре со студентами с ограниченными возможностями здоровья на основе педагогического опыта и данных научных исследований.

Рассматриваются основы адаптивной физической культуры, средства, методы и особенности организации занятий со студентами, имеющими различные нарушения здоровья и ограниченные физические возможности. Представлены примерные контрольные упражнения и тесты для данного контингента, а также темы контрольных работ.

Предназначено для специалистов и преподавателей, занимающихся физическим воспитанием студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья, а также для облегчения самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям и сдаче зачета по этой дисциплине студентов вузов.

УДК 796
ББК 75.0

Учебное издание

Козлова Ольга Альбертовна,
Коротаева Елена Юрьевна

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА

Учебное пособие

Подписано в печать 01.11.2018. Формат 60×90 $^{1}/_{16}$.
Печать цифровая. Печ. л. 4,0. Тираж 500 (1-й завод 100) экз. Заказ №

ООО «Проспект»
111020, г. Москва, ул. Боровая, д. 7, стр. 4.

ISBN 978-5-392-27169-6
DOI 10.31085/9785392271696-2019-64

© Козлова О. А., Коротаева Е. Ю., 2018
© ООО «Проспект», 2018

MINISTRY OF SCIENCE AND HIGHER EDUCATION OF THE RUSSIAN FEDERATION
KUTAFIN MOSCOW STATE LAW UNIVERSITY

O. A. Kozlova, E. Yu. Korotaeva

ADAPTIVE PHYSICAL EDUCATION

Training Manual

• PROSPEKT •
Moscow
2019

Authors:
Kozlova O. A., Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor of the Department of Physical Education, Kutafin Moscow State Law University (MSAL), a renowned expert in the theory and practice of physical education of students of special medical groups and students. Author of more than 50 scientific and methodological works. She developed and patented a device for the prevention of scoliotic deformity of the back;
Korotaeva E. Yu., Senior Lecturer, Department of Physical Education, Kutafin Moscow State Law University (MSAL).

Kozlova O. A., Korotaeva E. Yu.
Adaptive Physical Education : Training Manual. — Moscow : Prospekt, 2019. — 64 p.

ISBN 978-5-392-27169-6

DOI 10.31085/9785392271696-2019-64

The manual covers issues on the organization and methodology of conducting classes in adaptive physical culture with students with disabilities based on pedagogical experience and research data.

The basics of adaptive physical education, means, methods and features of organizing classes with students with various health disorders and physical disabilities are considered. Exemplary control exercises and tests for this contingent, as well as topics of examinations are presented.

Designed for professionals and teachers involved in physical education of students with deviations in health, as well as to facilitate self-preparation of students for practical exercises and passing tests for this discipline of university students.

ISBN 978-5-392-27169-6
DOI 10.31085/9785392271696-2019-64
© Kozlova O. A., Korotaeva E. Yu., 2018
© Prospekt LLC, 2018

ВВЕДЕНИЕ

В теории физической культуры выделяют различные ее виды и формы. Один из ведущих теоретиков физической культуры, Л. П. Матвеев подразделяет физическую культуру на спорт, профессионально-прикладную, базовую, оздоровительно-реабилитационную физическую культуру [18].

В работах многих авторов отражено положительное влияние систематических занятий физической культурой и спортом на организм человека, на уровень его физической подготовленности и работоспособности. Для студентов инвалидов, занятия физической культурой и спортом, дополняется социальным аспектом, помогает преодолеть социальную дезадаптацию и достичь определенной социальной интеграции в обществе. Однако достижение определенных результатов физической реабилитации, физкультурной и спортивной деятельности возможно только при создании специальных условий для получения образования инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья.

В настоящее время физическая культура и спорт становятся одним из важнейших, в некоторых случаях, единственным условием всесторонней физической, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, адаптации их к жизни, фактором оздоровления.

К сожалению, у преподавателей физической культуры вузов не всегда есть возможность проводить практические занятия с учащимися в отдельных группах студентов, которые по данным медицинского осмотра отнесены либо к специальной медицинской группе, либо к ЛФК (лечебной физической культуре), либо имеющих инвалидность. Эти обучающиеся имеют разный уровень здоровья и сохранных функций, что лимитирует двигательную активность инвалидов и требует дифференцированного и индивидуально-ориентированного подхода в выборе средств, методов, организационных форм адаптивной физической культуры.

Это вызывает определенные трудности в организации и проведении учебных занятий с данным контингентом занимающихся, так как задачи в этих группах, стоят разные и требуют индивидуального подхода

к занимающемуся, необходимо выбрать индивидуальную стратегию двигательной активности.

В соответствии со Стратегией развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года и государственной программой Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта», к 2020 году планируется увеличить долю лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности данной категории населения до 2,5 миллиона человек, что составит 20% от общего количества инвалидов в Российской Федерации [28].

Адаптивная физическая культура рассматривается как часть общей культуры, подсистема физической культуры, одна из сфер социальной деятельности, направленная на удовлетворение потребности лиц с ограниченными возможностями в двигательной активности, восстановлении, укреплении и поддержании здоровья, личностного развития, самореализации физических и духовных сил в целях улучшения качества жизни, социализации и интеграции в общество [50].

Развитию адаптивной физической культуре и адаптивному спорту уделяется особое внимание. В вузах страны требуется разработка основных направлений по физическому воспитанию для лиц с ограниченными возможностями здоровья. На сегодняшний день физкультурно-спортивное движение занимающихся с ограниченными возможностями здоровья развивается в следующих направлениях, связанных с категориями заболеваний учащихся: с нарушениями слуха, с нарушениями зрения, с поражениями опорно-двигательного аппарата.

ГЛАВА 1
ОСНОВЫ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

1.1. Основные компоненты (виды) адаптивной физической культуры

С января 2000 г. АФК служит одной из составляющих специальности научных работников «Теория и методика физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры», после обращения С. П. Евсеева в Высшую аттестационную комиссию (ВАК) и Министерство науки и технологий РФ.

Адаптивная физическая культура состоит из следующих компонентов (видов):

– адаптивное физическое воспитание (образование),

– адаптивный спорт,

– адаптивная двигательная рекреация,

– адаптивная физическая реабилитация,

– креативные телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры,

– экстремальные виды двигательной активности.

Адаптивное физическое воспитание (образование) — вид адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности человека с ограниченными возможностями здоровья в его подготовке к жизни, бытовой и трудовой деятельности, в формировании положительного и активного отношения к адаптивной физической культуре.

В процессе занятий адаптивным физическим воспитанием формируется комплекс специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков, развиваются основные физические и психические качества, повышаются функциональные возможности различных органов и систем, развиваются, сохраняются и используются в новом качестве оставшиеся в наличии телесно-двигательные характеристики.

Основная цель адаптивного физического воспитания состоит в формировании у занимающихся осознанного отношения к своим

силам, твердой уверенности в них, готовности к смелым и решительным действиям, преодолению необходимых для полноценного функционирования субъекта физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и в осуществлении здорового образа жизни в соответствии с рекомендациями валеологии [2, 25, 28].

В том случае, когда инвалидность является приобретенной патологией, человеку приходится заново обучаться жизненно важным умениям и навыкам.

Адаптивный спорт — компонент адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности личности в самоактуализации, в максимально возможной самореализации своих способностей, сопоставлении их со способностями других людей; потребности в коммуникативной деятельности и социализации.

Основу адаптивного спорта составляет соревновательная деятельность и целенаправленная подготовка к ней, достижение максимальных адаптационно-компенсаторных возможностей на доступном биологическом уровне, совершенствование индивидуальной спортивной техники за счет сохранных функций.

В настоящее время адаптивный спорт развивается преимущественно в рамках крупнейшего международного паралимпийского и сурдолимпийского движения.

Основная цель адаптивного спорта заключается в формировании спортивной культуры инвалида, приобщении его к общественно-историческому опыту в данной сфере, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей физической культуры [2, 28].

Адаптивный спорт позволяет дать объективную оценку отношения к инвалидам в обществе, воспринимаются ли инвалиды, как равные.

Адаптивная двигательная рекреация — компонент (вид) адаптивной физической культуры, позволяющий удовлетворить потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья в отдыхе, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности, получении удовольствия, в общении.

Содержание адаптивной двигательной рекреации направлено на активизацию, поддержание или восстановление физических сил, затраченных инвалидом во время какого-либо вида деятельности (труд, учеба, спорт и др.), на профилактику утомления, развлечение, интересное проведение досуга и вообще на оздоровление, улучшение концентрации, повышение уровня жизнестойкости через удовольствие или с удовольствием.

Для инвалидов адаптивная двигательная рекреация — не только биологически оправданная саморегулируемая двигательная активность, поддерживающая эмоциональное состояние, здоровье и рабо-

тоспособность, но и способ преодоления замкнутого пространства, психическая защита, возможность общения, удовлетворения личных интересов, вкусов, желаний в выборе видов и форм занятий.

Адаптивная физическая реабилитация — компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребность инвалида с отклонениями в состоянии здоровья в лечении, восстановлении у него временно утраченных функций (помимо утраченных навсегда в связи с основным заболеванием).

Основная цель адаптивной физической реабилитации заключается в формировании адекватных психических реакций инвалидов на то или иное заболевание, ориентации их на использование естественных, экологически оправданных средств, стимулирующих скорейшее восстановление организма; в обучении их умениям использовать соответствующие комплексы физических упражнений, приемы массажа и самомассажа, закаливающие и термические процедуры и другие средства (акупунктура и т. п.) [2, 28].

Креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры — компонент (вид) адаптивной физической культуры, удовлетворяющий потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в самоактуализации, творческом саморазвитии, самовыражении духовной сущности через движение, музыку, образ (в том числе художественный), другие средства искусства.

Основной целью креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практик необходимо считать приобщение инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья к доступным видам деятельности, способным обеспечить им самоактуализацию, творческое развитие, удовлетворение от активности; снятие психических напряжений и, в конечном счете, вовлечение их в занятия другими видами адаптивной физической культуры и в перспективе — профессионально-трудовую деятельность [2, 28].

Экстремальные виды двигательной активности — компоненты (виды) адаптивной физической культуры, удовлетворяющие потребности лиц с отклонениями в состоянии здоровья в риске, повышенном напряжении, потребности испытать себя в необычных, экстремальных условиях, объективно и (или) субъективно опасных для здоровья и даже для жизни.

Основной целью экстремальных видов двигательной активности является преодоление психологических комплексов неполноценности (неуверенности в своих силах, недостаточное самоуважение и т. п.); создание у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья ощущения полноценной, полнокровной жизни [2, 28].

Перечисленные виды (компоненты) адаптивной физической культуры, с одной стороны, носят самостоятельный характер, так как каждый из них решает свои задачи, имеет собственную структуру, формы

и особенности содержания; с другой, — они тесно взаимосвязаны. Так, в процессе адаптивного физического воспитания используются элементы лечебной физической культуры с целью коррекции и профилактики вторичных нарушений; рекреативные занятия — для развития, переключения, удовлетворения потребности в игровой деятельности; элементарные спортивные состязания. Многие спортсмены-инвалиды проходят последовательный путь от физической реабилитации в условиях стационара к рекреативно-оздоровительному спорту и спорту высших достижений.

Если для здорового человека двигательная активность является естественной потребностью, реализуемой повседневно, то для инвалида — это способ существования, объективные условия жизнеспособности. Она дает независимость и уверенность в своих силах, расширяет круг знаний и общения, меняет ценностные ориентации, обогащает духовный мир, улучшает двигательные возможности, повышает жизненный тонус, физическое и психическое здоровье, следовательно, открывает возможности позитивного изменения биологического и социального статуса [28].

Таким образом, адаптивная физическая культура в целом и все ее виды призваны с помощью рационально организованной двигательной активности как естественного стимула жизнедеятельности, используя сохранные функции, остаточное здоровье, природные ресурсы и духовные силы, максимально реализовать возможности организма и личности для полноценной жизни, самопроявления и творчества, социальной активности и интеграции в общество здоровых людей [2].

Нужно сказать, что до 2000 г. были специальности, в которых рассматривались проблемы использования средств и методов физической культуры при работе с людьми с отклонениями в состоянии здоровья. Это лечебная физкультура и спортивная медицина. Предусматривалось лечебное направление АФК. В среде специалистов и в массовом сознании бытует представление о тождественности адаптивной и лечебной физкультуре, или физической реабилитации.

1.2. Лечебная физическая культура

Лечебная физическая культура — это самостоятельная медицинская дисциплина, использующая средства физической культуры для лечения заболеваний и повреждений, профилактики их обострений и осложнений, восстановления трудоспособности. Основным таким средством (и это отличает лечебную физическую культуру от других методов лечения) являются физические упражнения — стимулятор жизненных функций организма.

ЛФК — один из важнейших элементов современного комплексного лечения, под которым понимается индивидуально подобранный ком-

плекс лечебных методов и средств: консервативного, хирургического, медикаментозного, физиотерапевтического, лечебного питания и др. Комплексное лечение воздействует не только на патологически измененные ткани, органы или системы органов, но и на весь организм в целом. Удельный вес различных элементов комплексного лечения зависит от стадии выздоровления и необходимости восстановления трудоспособности человека. Существенная роль в комплексном лечении принадлежит ЛФК. ЛФК — это метод функциональной терапии, так как воздействует на весь организм в целом.

Благодаря разнообразному лечебному действию физических упражнений, положительному эффекту в профилактике, лечении и восстановлении ЛФК показана почти при всех болезнях (внутренних, нервных, детских, травмах и др.), а в некоторых случаях является основным средством лечения.

ЛФК предусматривает сознательное и активное выполнение больным соответствующих физических упражнений. В процессе занятий больной приобретает навыки в использовании естественных факторов природы с целью закаливания, физических упражнений — с лечебными и профилактическими целями. Это позволяет считать занятия ЛФК лечебно-педагогическим процессом [31].

ЛФК использует те же принципы применения физических упражнений, что и физическая культура для здорового человека, а именно: принципы всестороннего воздействия, прикладности и оздоровительной направленности.

В ЛФК существуют типовые лечебные режимы. Под лечебными режимами понимают совокупность мероприятий, создающих наиболее благоприятные условия для лечения больных и повышающих устойчивость организма к неблагоприятным факторам. Содержание лечебного режима определяется распорядком дня и объемом двигательной активности больного, т. е. двигательным режимом.

В лечебно-профилактических учреждениях (больнице, клинике, госпитале, диспансере и т. д.) назначаются следующие виды двигательного режима: строгий постельный, постельный облегченный, полупостельный, свободный.

Строгий постельный режим назначается для обеспечения больному полного покоя; ему не разрешается самостоятельно поворачиваться и выполнять движения в крупных суставах.

При постельном облегченном режиме разрешается поворачиваться и садиться в постели, выполнять движения конечностями.

Полупостельный режим подразумевает, что больной половину дневного времени проводит в положении лежа, а половину — в положении сидя, ходит по палате.

При свободном режиме больной почти все дневное время проводит сидя, стоя, в ходьбе.

В санаториях, домах отдыха и профилакториях назначаются следующие двигательные режимы: щадящий, щадяще-тренирующий (тонизирующий), тренировочный.

При щадящем режиме применение физических упражнений соответствует свободному режиму в стационаре. Разрешаются ходьба в пределах санатория, прогулки. Однако половину времени больной должен проводить в положении сидя.

Щадяще-тренирующий (тонизирующий) режим предполагает возможность участия в экскурсиях, массовых развлечениях, играх, танцах, прогулках в окрестностях санатория [31, 32].

В вузах мы применяем в работе тренировочный режим ЛФК. Разрешаются длительные прогулки (терренкур) и участие во всех мероприятиях, проводимых в лечебных учреждениях.

1.3. Реабилитация, ее направленность, подразделение

Что же такое реабилитация? *Реабилитация* — это комплекс лечебных, психологических, педагогических, социальных и трудовых мероприятий, направленных на восстановление здоровья и временно утраченных функций, а также трудоспособности больного. Реабилитацию подразделяют на медицинскую и трудовую.

Медицинская реабилитация включает в себя медикаментозное, хирургическое, физиотерапевтическое и другие виды лечения, которые наряду с лечением болезни способствуют скорейшему восстановлению тех функций организма, которые необходимы для возвращения к трудовой деятельности.

Трудовая реабилитация создает благоприятные условия выздоравливающим для возвращения в прежнюю трудовую и общественную среду или обеспечивает возможность сменить профессию.

Медицинская и трудовая реабилитации связаны друг с другом, медицинская постепенно переходит в трудовую [31, 32].

Для успешной реабилитации необходимы: раннее начало восстановительных мероприятий, этапное преемственное лечение от начала заболевания до его исхода, комплексный характер лечения, индивидуализация мероприятий с учетом личностных особенностей больного.

Наиболее распространена 3-этапная реабилитация: больница — стационарный центр реабилитации или санаторий — поликлиника (санаторий). На всех этапах широко применяется ЛФК.

На больничном этапе ЛФК предупреждает развитие осложнений, приводящих к снижению трудоспособности. Больной обучается пассивным движениям, адаптируется к положению сидя, затем стоя, обучается ходить. ЛФК направлена на устранение нарушенных функций, развитие компенсаций, общее укрепление организма.

В стационарном центре реабилитации ЛФК преследует цель дальнейшей активизации больного, подготовка его к бытовой деятель-

ности, восстановление навыков по самообслуживанию, тренировки в ходьбе, создание основ для применения трудотерапии.

В поликлинике ЛФК направлена на дальнейшее восстановление функций, подготовку к общественно полезному труду. Наряду с гимнастическими упражнениями широко используются спортивно-прикладные упражнения [31].

Таким образом, занятия ЛФК в процессе реабилитации обеспечивают борьбу с гипокинезией и стимулируют активность больного, совершенствуют компенсации и адаптируют его к физическим нагрузкам.

У спортсменов, получивших травмы, при заболевании или физическом перенапряжении реабилитация направлена на восстановление здоровья, нарушенных функций, спортивной работоспособности. В комплексе реабилитационных мероприятий используются медицинские, педагогические и психологические средства, а также ЛФК. В период выздоровления в занятия включаются общеразвивающие упражнения спортивно-вспомогательного характера в сочетании со специально организованной тренировкой. В зависимости от спортивной специализации подбираются упражнения, поддерживающие двигательные качества и навыки, необходимые для данного спортсмена.

Как отмечает С. П. Евсеев, который впервые ввел термин «Адаптивная физическая культура», АФК — это важный компонент всей системы реабилитации инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья, всех ее видов и форм. Приобретенная инвалидность ставит перед человеком проблему адаптации в своем новом качестве. Отрицательное влияние недостаточности двигательной активности на органы и функциональные системы человека хорошо известны и неоднократно описывались в литературе. Только разумно организованная двигательная активность, может оптимизировать его психофизическое состояние, предотвратить различные заболевания в условиях вынужденной гиподинамии.

Важную роль в развитии способности решать задачи социализации инвалидов и людей с отклонениями в состоянии здоровья играет АФК (адаптивный спорт, адаптивная рекреация и др.). Для того, чтобы войти в социум, приобрести друзей и получить возможность общения, АФК часто становится единственным способом выйти из замкнутого пространства [2].

Таким образом, АФК представляет собой значительно более емкий и широкий социальный феномен, основной целью которого является социализация личности инвалида или человека с отклонениями в состоянии здоровья, поднятие уровня качества их жизни, наполнение ее новым содержанием, смыслом, эмоциями, чувствами, а не только их лечение с помощью тех или иных физических упражнений или физиотерапевтических процедур [9].

1.4. Средства адаптивной физической культуры

В физической культуре применяются следующие основные средства: физические упражнения (гимнастические, спортивно-прикладные, идеомоторные, т. е. выполняемые мысленно), естественные факторы природы (солнце, воздух и вода), лечебный массаж (классический, точечный, сегментарный), двигательный режим [31].

Средства физической культуры, применяемые в АФК имеют свои особенности. Основным специфическим средством являются физические упражнения, с помощью которых достигается направленное воздействие на занимающихся, решаются коррекционно-развивающие, компенсаторные, лечебные и профилактические, образовательные, оздоровительные, воспитательные задачи.

Усовершенствование характеристик движений, освоение двигательных умений, развитие физических качеств достигается за счет многократного повторения упражнений. При этом двигательная деятельность сопровождается целым комплексом изменений биологических структур и функций. Физические упражнения оказывают положительное влияние на организм человека с ограниченными возможностями в любом возрасте, особенно на растущий организм с нарушениями в развитии. Физические упражнения (по Шапковой Л. В., 2001):

1) укрепляют и развивают опорно-двигательный аппарат, стимулируют рост костей, укрепляют суставы и связки, повышают силу, тонус и эластичность мышц;

2) улучшают крово- и лимфообращение, обмен веществ;

3) благоприятно влияют на центральную нервную систему (ЦНС), повышают работоспособность коры головного мозга и устойчивость к сильным раздражителям;

4) улучшают аналитико-синтетическую деятельность ЦНС и взаимодействие двух сигнальных систем;

5) улучшают функции сенсорных систем [52].

Физические упражнения, являясь осознанными целенаправленными действиями, связаны с целым рядом психических процессов (вниманием, памятью, речью и др.), с представлениями о движениях, с мыслительной работой, эмоциями и переживаниями и т. п., развивают интересы, убеждения, мотивы, потребности, формируют волю, характер, поведение и являются, таким образом, одним из средств духовного развития человека; т. е. влияют одновременно на организм и личность [28].

Чтобы целенаправленно подбирать физические упражнения соответственно индивидуальным особенностям занимающихся, условиям проведения занятий, характеру физкультурной деятельности в разных видах адаптивной физической культуры, все упражнения делятся на группы по определенным признакам.

При работе с инвалидами и лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья очень важно подбирать физические упражнения соответственно индивидуальным особенностям занимающихся. На сегодняшний день, единой классификации не существует, так как одно и то же упражнение обладает разными признаками и может войти в разные классификационные группы. Наиболее распространенными являются следующие классификации:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10) по степени самостоятельности выполнения упражнений: активное самостоятельное, с поддержкой, помощью, страховкой, тактильным сопровождением движений, с опорой на костыли, палку, с помощью протезов, туторов, ортезов и технических устройств, в ходунках,

коляске, условиях разгрузки (на подвеске), в форме ортопедической укладки, пассивных упражнений и др.

11) по интеграции междисциплинарных связей: художественно-музыкальные, хореографические танцевальные упражнения, упражнения формокоррекционной ритмопластики (работа с глиной), рисование, упражнения, связанные с ролевыми двигательными функциями в сказко-, драмо-, игротерапии, тематических игровых композициях и др., активизирующих мышление, речь, внимание, память, элементарные математические способности [2, 25, 28].

Ходьба и ее виды, является средством коррекции физических и психических способностей занимающихся: улучшается коррекция равновесия, быстрота реакции и переключение внимания, дифференцировка усилий, расстояния, ритма и темпа движений, ориентировки в пространстве, осанки, подвижности в суставах.

Аналогичными возможностями обладают и другие виды упражнений: бег, метания, прыжки, плавание, подвижные и спортивные игры и др. Успешность решения задач АФК зависит от рациональной организации занятий, педагогических способов воздействия, адекватности подбора физических упражнений.

В АФК используются нетрадиционные виды спорта: восточные единоборства, гидроаэробика, стретчинг, йога, кинологический спорт, ринго, пейтбол, роллерспорт, сноуборд, танцевальный спорт, флорбол, боулинг, паркур и др.

Выбор того или иного вида спорта осуществляется в зависимости от характера заболевания, оснащенности места занятий, материально-технической базы и наличия специалистов, работающих с данным контингентом студентов.

При поражении опорно-двигательного аппарата на занятиях АФК могут осуществляться: стрельба из лука, дартс, баскетбол в колясках, марафон на колясках, бильярд, атлетическая гимнастика, бадминтон, пулевая стрельба, теннис на колясках, ринго и др.

При поражении слуха: армреслинг, ринго, дартс, бадминтон, боулинг, велоспорт, водное поло, спортивное ориентирование, пулевая стрельба, аэробика, стретчинг, парусный спорт и др.

При поражении зрения: армреслинг, голбол, роллингбол, гидроаэробика и др.

Для инвалидов первостепенное значение имеют гигиенические факторы, к ним относят правила и нормы общественной и личной гигиены. Так, например, для занимающихся с нарушением зрения площадки для занятий должны быть заранее подготовлены (устанавливают ограничительные ориентиры, исключают помехи и т. п.), используют яркий инвентарь и др. Инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата играют в волейбол сидя, и во избежание микротравм, поверхность пола полируется. Если же занимающиеся

передвигаются в колясках, необходимо обеспечить свободный проезд к душевым и раздевалкам, а также обеспечить надежность страховки и безопасность, помощь в случае необходимости [28].

1.5. Методы адаптивной физической культуры

Метод — это процесс взаимодействия преподавателя и ученика, где полем деятельности становится совершенствование психофизического состояния занимающегося. Метод — это способ достижения цели. Он всегда имеет предметное содержание и применяется в процессе целенаправленной педагогической деятельности как путь к достижению намеченного результата. В теории АФК понятия: метод, методика, методический подход, методическое направление, трактуются так же, как в теории физической культуры [47].

Методика представляет собой совокупность методов и приемов, направленных на решение коррекционных, оздоровительных, образовательных и других задач адаптивной физической культуры. Например, методика развития равновесия для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата или методика коррекции пространственной ориентации слепых и слабовидящих предполагает технологию последовательного и рационального использования комплекса методов и методических приемов, ведущих к достижению цели [2, 28].

Направленностью педагогического процесса в АФК является коррекционно-развивающее и оздоровительное направление, что обусловлено приоритетной ролью решения основных педагогических задач и особенностями контингента занимающихся.

Наиболее типичными для адаптивной физической культуры являются следующие группы методов:

– методы формирования знаний;
– методы обучения двигательным действиям;
– методы развития физических качеств и способностей;
– методы воспитания личности;
– методы взаимодействия педагога и занимающихся.

Каждая из этих групп методов включает в себя разнообразные методические приемы, отражающие специфику, единичное и особенное каждого человека или группы лиц со сходными свойствами. Именно выбор методических приемов реализует индивидуальный подход с учетом всех особенностей занимающихся: структуры и тяжести основного дефекта, наличия или отсутствия сопутствующих и вторичных нарушений, возраста, физического и психического развития, сохранности или поражения сенсорных систем, органов опоры и движения, интеллекта, способности к обучению, медицинских показаний и противопоказаний и т. п. [2, 28].

Методы формирования знаний делятся на две группы: методы слова (информация речевого воздействия) и методы наглядности (информация перцептивного воздействия).

Для формирования представлений о движении используются:

– объемные и плоскостные макеты тела с подвижными суставами;

– рельефное изображение поз, осанки, положений отдельных звеньев тела в пространстве, магнитные наглядные пособия;

– мелкий и крупный инвентарь с разной фактурой: мячи — гладкие, шершавые, мячи — ежики, пластмассовые, металлические, резиновые, разные по объему, весу, цвету, запаху, рассчитанные на дифференцировку кинестетических, кожных, обонятельных, осязательных, температурных ощущений;

– звуковые сигналы, заменяющие зрительное восприятие: аппаратура звукозаписи, звуколидер-метроном, звуковые сигнализаторы, звучащие мячи, мишени, колокольчики и т. п., задающие темп, ритм, скорость, направление ориентировки в пространстве;

– тренажеры для коррекции точности движений, запоминания и воспроизведения деталей техники, позволяющие регулировать мышечное восприятие, силу и скорость сокращения мышц, положения тела в пространстве;

– оптические средства (коррекционные очки, контактные линзы и др.) для слабовидящих, позволяющие получить дополнительную информацию о двигательных и ориентировочных действиях [2, 28].

Методы обучения двигательным действиям

Словесные и наглядные методы тесно связаны с непосредственным выполнением физических упражнений и отражают информационную сторону обучения. Методами, направленными на формирование двигательных действий, традиционно считаются метод расчлененного и метод целостного обучения.

Дробление и последовательное освоение частей целостного упражнения является характерной чертой обучения в разных видах адаптивной физической культуры.

Вспомогательными методами при обучении целостного двигательного действия служат подводящие упражнения, которые в своей структуре содержат элементы основного упражнения, и имитационные, полностью воспроизводящие структуру основного упражнения, но в других условиях.

Главная задача состоит в том, чтобы результаты этой деятельности нашли применение в жизни, быту, спорте, стали потребностью человека. Для этого процесс обучения должен быть эмоционально насыщенным, разнообразным, мобилизующим адаптационные резервы организма и личностные качества занимающихся.

В практической деятельности это может быть достигнуто следующими методами и методическими приемами:

– сочетанием различных физических упражнений: стандартных, упрощенных и усложненных, упражнений-образов с ориентировочной основой действий, дробного выполнения упражнений, имитационных, подводящих, на тренажерах и др.;

– вариативностью техники физических упражнений: исходного положения, темпа, ритма, усилий, скорости, направления, амплитуды и т. п.;

– разнообразием вербальных и невербальных методов и методических приемов, словесных и наглядных способов воздействия [2, 28].

Методы развития физических качеств и способностей

Многократное выполнение физических упражнений сопровождается не только улучшением качества техники, но и тренирующим воздействием, развитием адаптационных процессов, охватывающих все системы и функции организма. Подбор физических упражнений, регулирование их продолжительности и интенсивности определяют характер и степень воздействия физической нагрузки на организм занимающихся, развитие его отдельных способностей.

Принято различать пять основных физических способностей (качеств): силовые, скоростные, координационные, выносливость и гибкость. Каждой из них присуща специфическая структура, целевая направленность движений, мышечная координация, режим работы и его энергообеспечение.

В целях направленного развития физических качеств у лиц с ограниченными возможностями используются те же методы, что и для здоровых людей:

— Для развития мышечной силы — методы максимальных усилий, повторных усилий, динамических усилий, изометрических усилий, изокинетических усилий, «ударный» метод и метод электростимуляции.

— Для развития скоростных качеств (быстроты) — повторный, соревновательный, игровой, вариативный (контрастный), сенсорный методы.

— Для развития выносливости — равномерный, переменный, повторный, интервальный, соревновательный, игровой методы [2, 28].

Для развития физических качеств выносливости, силы и скорости у инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, необходимо учитывать медицинские противопоказания к занятиям, опираться на диагностику их здоровья и функционального состояния, в соответствии с этим рекомендовать оптимальные и доступные режимы тренировочной нагрузки, а также осуществлять контроль за динамикой функционального, физического и психического состояния занимающихся.

— Для развития гибкости применяют следующие методические приемы: динамические активные и пассивные упражнения, статиче-

ские упражнения и комбинированные упражнения. Все они направлены на обеспечение необходимой амплитуды движений, а также восстановление утраченной подвижности в суставах в результате заболеваний, травм и т. п.

— Для развития координационных способностей используются методические приемы, направленные на коррекцию и совершенствование согласованности движений отдельных звеньев тела, расслабления, равновесия, мелкой моторики, ритмичности движений и др.

Эффективным методом комплексного развития физических качеств, координационных способностей, эмоционально-волевой и психической сферы лиц с ограниченными возможностями является игровой метод. Игра как забава, развлечение свойственна людям во все возрастные периоды жизни, она удовлетворяет естественные потребности человека в эмоциональном досуге, движении, общении и является способом самовыражения.

Классификация подвижных игр, отражающая общие тенденции специалистов, заключающиеся в том, что игровая деятельность для занимающихся с нарушениями в развитии не только развлечение, но и способ увеличения двигательной активности, стимулятор развития телесных, психических, интеллектуальных возможностей. В качестве классификационных признаков выступают следующие игры:

по степени адаптации к отдельным нозологическим группам:

– подвижные игры для слепых и слабовидящих;

– подвижные игры для глухих и слабослышащих;

– подвижные игры для детей с нарушениями речи;

– подвижные игры для детей с поражением опорно-двигательного аппарата (ампутантов);

– подвижные игры для детей с ДЦП;

по преобладающему виду движений и действий:

– подвижные игры с ходьбой и бегом;

– подвижные игры с прыжками;

– подвижные игры с метанием;

– подвижные игры с лазаньем, ползанием, перелезанием;

– подвижные игры с ловлей, передачей, перекатыванием мяча;

– подвижные игры с различными предметами;

по преимущественной направленности развития физических способностей:

– развитие скоростных способностей;

– развитие скоростно-силовых способностей;

– развитие силовых способностей;

– развитие координационных способностей;

по степени интенсивности:

– подвижные игры малой психофизической нагрузки;

– подвижные игры умеренной психофизической нагрузки;

– подвижные игры тонизирующей психофизической нагрузки;

– подвижные игры тренирующей психофизической нагрузки;

по направлениям развития познавательных способностей и психических функций:

– подвижные игры, включающие развитие сенсомоторных функций зрительного восприятия основных цветов (красный, синий, желтый, зеленый, черный, белый), зрительного и осязательного восприятия (холодный — теплый), величин (большой — маленький), фактуры предметов (твердый — мягкий, гладкий — шероховатый), геометрических фигур (круг, треугольник, квадрат, овал и др.), восприятия пространственных отношений (вверх — вниз, вправо — влево, впереди — сзади, по отношению к себе и другим);

– подвижные игры, активизирующие мышление: наглядно-действенные и наглядно-образные формы, сравнение объектов по различным признакам;

– развитие памяти и внимания: слухового и зрительного, запоминание правил игры, последовательности действий, названий инвентаря, частей тела и пр.;

– формирование общения и взаимоотношений (согласование движений в парах, команде, оказание помощи, совместные действия и т. п.).

Таким образом, средства и методы адаптивной физической культуры при их рациональном использовании служат стимулятором повышения двигательной активности, здоровья и работоспособности, способом удовлетворения потребности в эмоциях, движении, игре, общении, развития познавательных способностей, следовательно, являются фактором гармоничного развития личности, что создает реальные предпосылки социализации данной категории людей [2, 28].

1.6. Направленность и основные принципы физического воспитания студентов

Направленность занятий по физической культуре, проводимых с этим контингентом студентов, определяется состоянием здоровья, психофизическим развитием и профессиональной деятельностью, т. е. системой занятий, оказывающих видимый оздоровительный и тренировочный эффекты, направленных на постепенное повышение уровня физической подготовленности и функциональных возможностей.

При выборе средств, форм и методов физического воспитания и нормирования физических нагрузок следует соблюдать **индивидуальный подход**. Эффективность построения занятий будет заключаться в обучении двигательным умениям и навыкам занимающихся при соблюдении ряда дидактических принципов.

Основу занятий по физической культуре, проводимых с этим контингентом студентов, составляет разносторонняя физическая подготовка, т. е. система занятий, оказывающая видимый оздоровительный и тренировочный эффекты, направленные на постепенное улучшение физической подготовленности и повышение функциональных возможностей, индивидуальный подход при выборе средств и методов физического воспитания и дозированных физических нагрузок. Это возможно лишь при соблюдении ряда дидактических принципов, выработанных теорией и практикой физического воспитания.

К таким принципам прежде всего относится **принцип сознательности и активности,** требующий осмысленного отношения учащихся к физическим упражнениям. Многие учащиеся АФК считают, что им противопоказаны физические нагрузки, и поэтому самоустраняются от активной физической деятельности. Они чувствуют себя неловкими, бояться показаться смешными при выполнении тех или иных упражнений. Поэтому главное — развить у таких студентов интерес к занятиям по физическому воспитанию, разъяснить цели и задачи, смысл и назначение физических упражнений. Важно, чтобы занимающиеся поняли не только то, что и как выполнять, но и почему предлагается именно это, а не другое упражнение, почему необходимо соблюдать конкретные правила его выполнения. Учащийся должен не только понимать назначение каждого упражнения, но и мышечно ощущать его действие.

Для усиления действия средств физической культуры необходимо сознательное, активное участие студента в занятиях, понимание задач и возможностей физических упражнений.

С первых занятий студентам с отклонениями в состоянии здоровья необходимо объяснить, какие упражнения, в какой последовательности, с какой дозировкой следует выполнять, чтобы повысить функциональные возможности пораженного органа или системы, или всего организма в целом. Но быстрого эффекта не бывает, и от занимающегося требуется терпение и продолжительный труд при выполнении физических упражнений. Сознательное отношение побуждает студентов к самостоятельным занятиям [51].

Принцип «от простого к сложному» подразумевает постепенное повышение требований к организму занимающегося. Принцип постепенного повышения требований важен для обеспечения адаптации организма к повышающейся нагрузке. С этой целью в содержание занятий периодически включаются более сложные виды упражнений и увеличивается объем и интенсивность физической нагрузки. Следует помнить то обстоятельство, что адаптация у различных студентов протекает с различной скоростью, следовательно, повышение нагрузок и изменение характера упражнений должны проходить с соблюдением

еще одного важного принципа — индивидуального подхода к каждому студенту [18].

Принцип систематичности заключается в непрерывности, планомерности использования любых средств физической культуры, оптимальности чередования нагрузок с отдыхом, в постепенном увеличении физической нагрузки. Благодаря этому физиологические сдвиги, происходящие в организме под влиянием физических упражнений, а также компенсаторные приспособительные реакции закрепляются. Перерывы в занятиях приводят к утрате, ослаблению условно рефлекторных связей, изменяют течение приспособительных реакций, которые при отсутствии подкрепления также прекращаются. Оптимальные условия для реабилитации организма создаются в том случае, если процесс физического воспитания непрерывен. Если же наступает перерыв в занятиях, то функциональные и структурные изменения, произошедшие в организме в результате регулярных занятий, претерпевают обратное развитие, так как начинается угасание возникших условно-рефлекторных связей, снижение достигнутого уровня функциональных возможностей и регресс некоторых морфологических признаков.

Учитывая вышеизложенное, преподаватель при работе со студентами должен объяснить, что двухразовые занятия согласно расписанию недостаточны и студент должен работать самостоятельно дома по разработанному комплексу.

Принцип доступности выражает необходимость строить обучение и воспитание в соответствии с возможностями данного контингента, с учетом пола, перенесенного заболевания, уровня подготовленности, функциональных возможностей. Физические упражнения, не соответствующие возможностям студентов, влекут за собой неправильное выполнение. А неправильно закрепленный двигательный навык труднее исправить, чем сформировать новый. Все средства физической культуры должны быть доступны как по своей структуре, так и по уровню физической нагрузки. Эта доступность определяется соответствием физических упражнений, подвижных игр и т. д., состоянию здоровья, предшествующему двигательному опыту, физической подготовленности [18].

Принцип наглядности важен в работе со студентами АФК, так как в этой группе студенты с низкой физической подготовленностью, не знакомые с простейшими гимнастическими упражнениями, не умеющие выполнять самые простые движения. На занятиях с данным контингентом применяются и показ и словесное объяснение.

Принцип чередования, или рассеянной мышечной нагрузки, важен для предупреждения утомления и снижения эффекта физических упражнений, чтобы работа мышц сменялась работой других мышц, оставляя возможность для восстановительных процессов.

1.7. Особенности организации занятий со студентами с ограниченными возможностями здоровья

Специалисты в области физического воспитания давно работают над проблемой организации и построения учебных занятий со студентами с ограниченными возможностями здоровья, но единой системы не найдено, возникают разногласия и неоднозначность толкования по данным вопросам.

В этой связи организация и методика проведения занятий с данным контингентом имеет свои особенности. К преподавателю, работающему с этими студентами, предъявляются повышенные требования. Он должен профессионально ориентироваться в классификации различных отклонений в состоянии здоровья занимающихся, уметь определять физическую нагрузку с учетом показаний и противопоказаний по профилю имеющегося заболевания индивидуально каждого студента. Подчас выступать в роли психолога, так как приходится проводить много бесед с учащимися, ввиду того, что такие студенты чаще всего, никогда не занимались физкультурой, и для них это психологически не всегда просто — «преодолевать себя». Иногда преподавателю приходится объединять в группе и учащихся из СМГ и из групп ЛФК. И он должен организовать и провести занятие с «усредненной» нагрузкой, чтобы она была адекватной для всех присутствующих ребят [19].

При прохождении занимающимися медицинского осмотра выделяют следующие группы здоровья:

группа 1 — здоровые, не имеющие хронических заболеваний, с соответствующим возрасту физическим развитием. Редко болеют;

группа 2 — здоровые, с морфофункциональными отклонениями, без хронических заболеваний, но имеющие отклонения в физическом развитии;

группа 3 — больные хроническими заболеваниями в стадии компенсации; редко болеют острыми заболеваниями, хорошо себя чувствуют, имеют высокую работоспособность;

группа 4 — больные хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации, часто болеющие, со сниженной трудоспособностью;

группа 5 — больные хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации. Обычно с такой патологией обследуемые не посещают учебные учреждения, они находятся в специальных лечебных учреждениях.

Для 1-й группы здоровья учебная, трудовая и спортивная деятельность организуется без каких-либо ограничений в соответствии с программой.

Обследуемые 2-й группы здоровья нуждаются в повышенном внимании со стороны врачей как группа риска. С ними необходимо проводить закаливание, занятия физкультурой, диетотерапию, соблюдать рациональный режим дня.

Обследуемые 3-й, 4-й и 5-й групп здоровья должны находиться под постоянным наблюдением врачей. Их двигательный режим ограничен, удлиняется продолжительность отдыха и ночного сна [13].

Для прохождения учебного материала на практических занятиях по физической культуре все студенты распределяются на группы согласно их состоянию здоровья, по данным медицинского осмотра, физического развития и физической подготовленности. А именно: основная, подготовительная, специальная группы и освобожденные студенты.

К основной группе относят студентов без отклонений в состоянии здоровья, а также имеющих незначительные отклонения, при достаточном физическом развитии.

К подготовительной группе относят студентов без отклонений в состоянии здоровья, а также с незначительными отклонениями, при недостаточном физическом развитии.

К специальной медицинской группе относят студентов с отклонением в состоянии здоровья постоянного или временного характера, требующим ограничения физических нагрузок.

Согласно требованиям нового образовательного стандарта студенты, освобожденные от практических занятий по физической культуре, должны осваивать адаптационный курс, для лиц с ограниченными возможностями здоровья (Адаптивная физическая культура — АФК). Студенты, имеющие медицинские ограничения осваивают коррекционный курс специальной медицинской группы (СМГ).

Студенты СМГ и АФК могут осваивать теоретический курс дисциплины на лекционных занятиях в общем потоке со всеми студентами.

Практический учебный материал для студентов, занимающихся адаптивной физической культурой, разрабатывается кафедрами физического воспитания с учетом показаний и противопоказаний для каждого студента. Учебный материал имеет корригирующую и оздоровительно-профилактическую направленность. При его реализации необходим индивидуально-дифференцированный подход в зависимости от уровня функциональных нарушений в организме, вызванных временными или постоянными патологическими факторами.

Для удобства проведения практических занятий с этим контингентом студентов и индивидуального распределения нагрузки для занимающихся студентов-инвалидов, студенты объединены в группы, которым присвоены условные символы:

А — группа инвалидов с нарушением зрения;

В — группа инвалидов с нарушением слуха;

С — группа инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата (ПОДА).

Группа С (поражения ОДА) подразделяется на 3 объединенные подгруппы инвалидов:

1 — ампутации и врожденные недоразвития конечностей:

– односторонние дефекты верхних конечностей;

– двусторонние дефекты верхних конечностей;

– односторонние дефекты нижних конечностей;

– двусторонние дефекты нижних конечностей;

– односторонние смешанные дефекты конечностей;

– двусторонние смешанные дефекты конечностей;

2 — повреждения позвоночника:

– передвижение самостоятельно или при помощи костылей (палочек);

– передвижение в коляске;

3 — последствия ДЦП, полиомиелита:

– занятия спортом стоя;

– занятия спортом сидя в коляске.

При организации и проведении летних и зимних видов спорта среди инвалидов определяют номенклатуру и необходимое количество оборудования, инвентаря и других спортивно-технологических средств, необходимых для проведения учебно-тренировочного процесса и соревнований, культивируемых в России среди групп инвалидов с различными нарушениями здоровья [46].

Федеральным агентством по физической культуре и спорту принят приказ № 386 от 21 июня 2006 г. «Об утверждении «Табеля оснащения спортивных сооружений массового пользования спортивным оборудованием и инвентарем по видам спорта среди инвалидов».

Для Табеля разработаны и внесены в него перечни как для видов спорта среди инвалидов, имеющиеся в «Перечне видов спорта, признанных Федеральным органом исполнительной власти в области физической культуры и спорта» (приказ Председателя Госкомспорта России № 225 от 14 апреля 2003 г.), так и разработанные и внесенные по предложению федераций (спортивных союзов) для видов спорта среди инвалидов, культивируемых и перспективных для развития в РФ (по многим из них уже проводятся соревнования в регионах России и за рубежом).

Для проведения занятий с данным контингентом студентов, кроме инвентаря по видам спорта, необходимо специальное оснащение: медико-биологический инвентарь, специальное осветительное оборудование, оборудование для обеспечения передвижения, оборудованный медицинский пункт.

В большинстве вузов нет необходимых спортивных площадок и специально оснащенных мест для проведения занятий с лицами с ограниченными возможностями здоровья, а также не хватает квалифицированных специалистов в этой области.

1.8. Формы организации и проведения адаптивной физической культуры

Процесс физического воспитания студентов, имеющих отклонения в состоянии здоровья осуществляется в различных формах на учебных занятиях и во внеучебное время.

Формы организации занятий физическими упражнениями могут быть систематическими (занятия физической культурой, утренняя гимнастика) и эпизодическими (турпоход), а также индивидуальными (в условиях стационара или дома) и массовыми (спортивные праздники), соревновательными (от групповых до международных). Одни формы занятий организуются и проводятся специалистами АФК, другие — общественными и государственными организациями, волонтерами, студентами, либо самостоятельно, самими инвалидами.

Цель всех форм организации — расширение двигательной активности за счет систематических занятий физическими упражнениями, приобщения к доступной спортивной деятельности, интересному досугу, развития собственной активности и творчества, формирования здорового образа жизни.

Основной формой занятий во всех видах адаптивной физической культуры является урочная форма, исторически оправдавшая себя.

Учебные занятия организуются и проводятся в соответствии с рабочими программами, разработанными и утвержденными кафедрой физического воспитания. Учебный процесс при работе с данным контингентом занимающихся, направлен на расширение и углубление образованности студентов по физической культуре, формирование мотивации и повышение интереса к занятиям, укрепление здоровья, закаливание организма и расширение функциональных возможностей студентов.

В зависимости от целей, задач, программного содержания занятия подразделяются на:

1) занятия образовательной направленности, предназначенные для формирования специальных знаний, обучения разнообразным двигательным умениям;

2) занятия коррекционно-развивающей направленности, предназначенные для развития и коррекции физических качеств и координационных способностей, коррекции движений, коррекции сенсорных систем и психических функций с помощью физических упражнений;

3) занятия оздоровительной направленности, предназначенные для коррекции осанки, плоскостопия, профилактики соматических заболеваний, нарушений сенсорных систем, укрепления сердечно-сосудистой и дыхательной систем;

4) занятия лечебной направленности, предназначенные для лечения, восстановления и компенсации утраченных или нарушенных функций при хронических заболеваниях, травмах и т. п.;

5) занятия спортивной направленности, предназначенные для совершенствования физической, технической, тактической, психической, волевой, теоретической подготовки в избранном виде спорта;

6) занятия рекреационной направленности, предназначенные для организованного досуга, отдыха, игровой деятельности.

Такое деление носит условный характер, отражая лишь преимущественную направленность занятия. Фактически каждое занятие содержит элементы обучения, развития, коррекции, компенсации и профилактики, т. е. наиболее типичными для инвалидов и лиц с ограниченными функциональными возможностями являются комплексные занятия [28].

Вне учебные занятия. Ограниченность урочных форм занятий в определенной степени должно компенсироваться с помощью средств различных видов вне учебных занятий. Различный уровень знаний, здоровья и физической подготовленности студентов, многообразие их интересов предполагают дополнительно использовать разнообразные формы самостоятельных занятий физическими упражнениями и спортом. Занятие физической культурой во внеучебное время создает условия для более полного обеспечения всестороннего развития, решает задачи непосредственного включения студентов в самостоятельную физкультурно-оздоровительную деятельность, содействует развитию творческой индивидуальности и способствует более полному удовлетворению интересов студенческой молодежи [19].

Неурочные формы занятий могут быть не регламентированы временем, местом проведения занятий, количеством участников, их возрастом. Занятия могут включать лиц с разными двигательными нарушениями и проводиться отдельно или совместно со здоровыми студентами, добровольными помощниками. Их главная цель — удовлетворение потребности занимающихся в эмоциональной двигательной активности, игровой деятельности, общении, самореализации.

Практические вне учебные занятия рекомендуется проводить в следующих формах:

– учебно-тренировочные,
– самостоятельные занятия физическими упражнениями,
– утренняя гигиеническая гимнастика,
– комплексы упражнений по профилю заболевания,
– занятия в реабилитационных центрах,
– участие в массовых физкультурно-оздоровительных мероприятиях, организованных в вузе (физкультурные праздники, конкурсы, дни здоровья),
– интегрированные праздники вместе со здоровыми студентами.

Вне учебные занятия могут быть организованы в соответствии с материально-техническими возможностями вуза и интересами занимающихся.

Адаптивный спорт имеет два направления: рекреационно-оздоровительный спорт и спорт высших достижений. Первое реализуется в вузе, как внеучебные занятия в секциях по избранному виду спорта (настольный теннис, гимнастика, танцы (в том числе и в колясках), хоккей на полу, волейбол на полу, баскетбол, плавание, легкая атлетика и др.). Существуют две формы занятий адаптивным спортом:

– тренировочные занятия;

– соревнования.

Оба направления реализуются в спортивных и физкультурно-оздоровительных клубах, общественных объединениях инвалидов, сборных командах по видам спорта в системе Специального олимпийского, паралимпийского движения, всероссийского движения глухих.

1.9. Формирование учебных групп

Одним из важных вопросов в работе со студентами с ограниченными возможностями здоровья является комплектование учебных групп, так как студенты могут быть с самыми разными расстройствами здоровья, следовательно, и с различными противопоказаниями к выполнению физических упражнений, объему физических нагрузок. Также многие студенты с однородными заболеваниями имеют довольно значительные различия в функциональном состоянии организма и в уровне физической работоспособности, что также необходимо учитывать при выборе средств и методов физического воспитания [18].

Для студентов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов занятия проводят индивидуально-групповые и групповые.

При индивидуально-групповых занятиях численность группы может составлять от 2–3 до 6–8 человек. Группы включают в себя инвалидов одной нозологической группы, либо инвалидов разных нозологических групп. Часть занятия проводят совместно, подбирая упражнения доступные всем. Далее даются индивидуальные задания каждому и выполняются они под руководством и контролем преподавателя. Но у таких занятий низкая моторная плотность, так как много времени требуется на объяснения материала.

При групповых занятиях численность занимающихся составляет 10–12 человек. Как правило, эти группы однородны по нозологической группе и имеют приблизительно равные физические возможности. Такая однородность групп позволяет преподавателю решать общие задачи занятия, применять единые средства и методы, моторная плотность занятия выше. Индивидуальный подход в этом случае ограничен [50].

Значительное место в учебном занятии рекомендуется отводить теоретическим беседам, выделяя для этого время во вводной части или используя паузы между выполнением серий упражнений и заданий.

Тематика бесед заранее разрабатывается преподавателем в соответствии с теоретическим разделом программы по физической культуре и с учетом заболеваний студентов. В процессе бесед студенты получают теоретические знания, у них формируется сознательное отношение к физической культуре, устанавливается контакт между преподавателем и студентами.

Для качественного усвоения программного материала предусматриваются виды урочных занятий: методические и практические. Методические занятия проводятся в форме бесед на занятиях. Методические занятия направлены на ознакомление и овладение жизненно важными умениями и навыками, выбор средств физической реабилитации при различных заболеваниях, при проведении комплексов утренней и индивидуальной гимнастики, освоение методик составления самостоятельных занятий, основным понятиям и средствам физической культуры.

Содержание каждого практического учебного занятия определяется преподавателями учебных групп на основе разработанной рабочей программы. Преподаватель несет полную ответственность за адекватный характер предлагаемых студентам упражнений (сложность, интенсивность, объем, функциональную, психическую нагрузку) и обеспечение необходимой техники безопасности при проведении учебных занятий.

При проведении практических занятий рекомендуется обращать внимание на обеспечение мотивационной основы предлагаемой студентам учебной деятельности, формировать у студентов навыки контроля и самоконтроля за функциональным состоянием организма в процессе занятий.

Таким образом, средства и методы адаптивной физической культуры при их рациональном использовании служат стимулятором повышения двигательной активности, здоровья и работоспособности, способом удовлетворения потребности в эмоциях, движении, игре, общении, развития познавательных способностей, следовательно, являются фактором гармоничного развития личности, что создает реальные предпосылки социализации данной категории людей.

ГЛАВА 2
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Задачи и средства адаптивного физического воспитания

К *общим задачам* адаптивного физического воспитания в Высших учебных заведениях относятся: воспитание гармонически развитой личности, укрепление здоровья; воспитание волевых качеств; обучение жизненно важным двигательным умениям, навыкам; развитие физических качеств — быстроты, силы, ловкости, гибкости, выносливости [36].

К *специальным (коррекционным) задачам* относятся: охрана и развитие остаточного зрения; развитие навыков пространственной ориентировки; развитие и использование сохранных анализаторов; развитие зрительного восприятия: цвета, формы, движения (удаление, приближение), сравнение, обобщение, выделение; развитие двигательной функции глаза; укрепление мышечной системы глаза; коррекция недостатков физического развития, обусловленных депривацией зрения; коррекция скованности ограниченности движений; коррекционно-компенсаторное развитие и совершенствование мышечно-суставного чувства; активизация функций сердечно-сосудистой системы; улучшение и укрепление опорно-двигательного аппарата; коррекция и совершенствование координационных способностей, согласованности движений; развитие межпредметных знаний; развитие коммуникативной и познавательной деятельности и пр.

В современной практике адаптивного физического воспитания для решения основных и специальных (коррекционных) его задач используют различные физические упражнения:

1. Передвижения: разновидности ходьбы и бега, подскоки.

2. Общеразвивающие упражнения:

– без предметов;

– с предметами (гимнастические палки, обручи, мячи разные по качеству, цвету, весу, твердости, размеру, озвученные, гантели 0,5–1 кг и др.);

– на снарядах (гимнастическая стенка, скамейка, тренажеры и т. д.).

3. Корригирующие упражнения на формирование навыка правильной осанки.

4. Упражнения для укрепления сводов стопы.

5. Упражнения для развития и укрепления мышечно-связочного аппарата (укрепления мышц спины, живота, плечевого пояса, нижних и верхних конечностей).

6. Упражнения на развитие дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

7. Упражнения на развитие равновесия, координационных способностей (согласованность движений рук и ног, тренировка вестибулярного аппарата и пр.). Для совершенствования координации движений используются необычные или сложные комбинации различных движений, упражнения на тренажерах.

8. Упражнения на развитие точности движений и дифференцировки усилий.

9. Преодоление различных препятствий.

10. Упражнения на расслабление (физическое и психическое), расслабление мышц (релаксация мышц), сознательное снижение тонуса различных групп мышц. Они могут иметь как общий и локальный характер.

11. Упражнения на развитие и использование сохранных анализаторов.

12. Упражнения для развития мелкой моторики руки.

13. Специальные упражнения для улучшения функционирования мышц глаза; на улучшение кровообращения тканей глаза; на развитие аккомодационной способности глаза; на развитие зрительного восприятия окружающей обстановки и др.

14. Плавание.

15. Лыжная подготовка.

К *вспомогательным средствам* физического воспитания относятся: гигиенические факторы (гигиенические требования к месту проведения занятий, соблюдение режима дня, зрительной нагрузки и т. д.); естественные силы природы. Правильное использование таких естественных факторов природы, как солнце, воздух и вода, оказывающих благоприятное воздействие на физическое развитие, здоровье и закаливание обучающихся.

2.1. Особенности организации адаптивной физической культуры с детьми с нарушением зрения

Коррекционная направленность адаптивного физического воспитания

Адаптивное физическое воспитание в высших учебных заведениях предусматривает овладение студентами программного материала в со-

ответствии с государственным образовательным стандартом. За период обучения, занимающиеся овладевают основными и специальными двигательными действиями, а также теоретическими знаниями.

В процессе адаптивного физического воспитания в высших учебных заведениях осуществляются не только общие задачи — развитие, обучение, воспитание, которые совпадают с образовательными задачами здоровых студентов, но и специальные задачи. Они имеют коррекционную, компенсаторную, профилактическую, а в случае необходимости, лечебно-восстановительную направленность.

К особенностям коррекционной направленности адаптивного физического воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья относятся положения, учитывающие следующие сведения о физическом, соматическом и психическом состоянии обучающихся:

1) возраст и пол;

2) результат медицинского обследования и рекомендации врачей: офтальмолога, ортопеда, хирурга, педиатра, невропатолога;

3) степень и характер зрительного нарушения (устойчивая и неустойчивая ремиссия); поля зрения (нарушения центрального и периферического зрения, сужение полей зрения); остроты зрения; врожденная или приобретенная патология и пр.;

4) состояние здоровья обучающихся (перенесенные инфекционные и другие заболевания);

5) исходный уровень физического развития;

6) состояние опорно-двигательного аппарата и его нарушения;

7) наличие сопутствующих заболеваний;

8) способность обучающегося к пространственному ориентированию;

9) наличие предыдущего сенсорного и двигательного опыта;

10) состояние и возможности сохранных анализаторов;

11) способы восприятия учебного материала;

12) состояние нервной системы (наличие эпилептического синдрома, признаков перевозбуждения, нарушения эмоционально-волевой сферы, гипервозбудимости и пр.)

Учитывая особенности учебной деятельности студентов на практических занятиях, используют специальные упражнения для глаз, для улучшения кровообращения в тканях глаза, для улучшения работы аккомодационной мышцы, укрепления мышц и склеры глаз, для снятия утомления глаз. Высокоразвитая нервная система человека, обладает высокими компенсаторными возможностями, что позволяет уменьшить влияние нарушений зрительной функции и улучшить адаптацию к полноценной жизнедеятельности.

Последствия нарушения зрения могут быть преодолены, и даже незрячий человек может достичь высокого уровня психического и физического развития при определенных условиях.

Адаптивное физическое воспитание строится с учетом индивидуального и дифференцированного подхода к регулированию физической нагрузки, физической подготовленности и сенсорных возможностей занимающихся, а также с учетом эмоциональной насыщенности.

К таким условиям можно отнести: условия самовоспитания, семейного и социального воспитания, состояние здравоохранения, социального обеспечения реабилитационных центров, уровень квалифицированной помощи ребенку с особыми нуждами, уровень технического прогресса и многие другие факторы.

Наиболее характерные нарушения зрения

Полная или частичная потеря зрения у человека существенно изменяет его жизнедеятельность и мироощущение. Нарушение пространственных образов, чувственного познания мира, самоконтроля и саморегуляции сопровождается широким спектром сопутствующих заболеваний: 40% с детства имеет минимальную мозговую дисфункцию (негрубые поражения ЦНС), свыше 30% — соматические заболевания (пиелонефриты, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем), 80% страдают неврозами [41].

Среди вторичных нарушений наиболее типичными являются слабость общей и дыхательной мускулатуры, искривления позвоночника, деформации стопы, что естественным образом негативно отражается на физической подготовленности, работоспособности, движениях ученика. Нарушения осанки наблюдаются почти у 80% слепых и слабовидящих детей [34]. Отмечается снижение общей двигательной активности, нарушение координации и точности движений, равновесия, пространственной и временной ориентации, низкий уровень скоростных способностей, ловкости, силы всех мышечных групп, на 12–15% снижена подвижность в суставах [28, 37].

Слабовидящими считают людей, имеющих остроту зрения от 0,2 до 0,6 (с оптической коррекцией стеклами на лучшем глазу). К данной категории относятся люди со следующими заболеваниями: близорукость, дальнозоркость, косоглазие, астигматизм, альбинизм, амблиопия, нистагм, микрофтальм, монокулярное зрение, а так же с нарушениями центрального и периферического зрения и др.

Анализ специальной литературы позволяет условно разделить нарушения зрения на глубокие и неглубокие. Г. В. Никулина (2002) предлагает следующую классификацию: к *глубоким* относятся нарушения зрения, связанные со значительным снижением таких важнейших функций, как острота зрения и (или) поле зрения, имеющие ярко выраженную органическую зрительную депривацию. В зависимости от глубины и степени нарушений перечисленных функций может наступить слепота или слабовидение. К *неглубоким зрительным нарушениям* относятся нарушения глазодвигательных функций (косоглазие,

нистагм); нарушения цветоразличения (дальтонизм, дихромазия); нарушения характера зрения (нарушения бинокулярного зрения); нарушения остроты зрения, связанные с расстройствами оптических механизмов зрения (миопия, гиперметропия, астигматизм, амблиопия) [29].

Остановимся на наиболее характерных нарушениях зрения.

Близорукость *(миопия)* характеризуется недостатком преломляющей силы глаза, в результате которого учащиеся плохо видят отдаленные предметы и действия. При чтении учащиеся приближают книгу к глазам, сильно склоняют голову во время письма, прищуривают глаза при рассматривании предметов — это первые признаки развития миопии.

Различают три степени миопии: слабая степень — до 3 D; средняя — от 3 до 6 D; высокая степень — свыше 6 D. При высокой степени миопии наблюдается отслойка сетчатой оболочки глаза.

Часто причиной отслойки сетчатки является травма, чрезмерная физическая нагрузка, сотрясение тела и пр. С. И. Шкарлова, В. Е. Романовский (2000) выделяют две группы факторов, способствующих возникновению и прогрессированию миопии.

1-я группа — факторы, характеризующие общее состояние организма; перенесенные заболевания; хронические интоксикации; наследственность.

2-я группа — факторы, объединяющие неблагоприятные условия зрительной работы на близком расстоянии: недостаточное освещение; неправильная посадка во время письма и чтения; нерациональная мебель в учебных заведениях и дома; неправильный режим дня и другие гигиенические факторы [53]. Э. С. Аветисов, Ю. И. Курпан, Е. И. Ливадо (1983) отмечают, что близорукость встречается в 4 раза чаще в тех семьях, где она прослеживалась в ряде поколений. Одним из факторов развития близорукости является ослабленная склера — внутриглазное давление. Оно может возникнуть в результате общих заболеваний организма и эндокринных нарушений [1].

В настоящее время близорукость имеет достаточно широкое распространение и обусловлена повышенными зрительными нагрузками, социальными и географическими аспектами. Так, например, близорукость отмечена у 60% выпускников школ Российской Федерации.

В целях компенсации близорукости назначают очки. Для ее лечения применяются: очковая коррекция, контактные линзы, точечный массаж, медикаментозное лечение, физиотерапевтическое лечение и др. Г. Г. Демирчоглян, Э. С. Аветисов, Е. И. Ливадо, американский офтальмолог У. Бейтс и др. предлагают для лечения и профилактики близорукости специальные комплексы упражнений для улучшения зрения [1,5,10,11.12]. Своевременная профилактика снижает потерю

зрения, если соблюдать следующие рекомендации при проведении гимнастики для глаз:

– все упражнения выполнять без очков;

– упражнения выполнять спокойно, без какого-либо напряжения;

– научиться расслабляться (полное физическое и психическое расслабление);

– начинать тренировку лучше всего с простых упражнений, постепенно переходя к более сложным;

– между упражнениями часто моргать глазами.

Для профилактики близорукости и приостановления ее прогрессирования многие авторы (Олдос Хаксли, С. И. Шкарлова, В. Е. Романовский и др.) рекомендуют следующий комплекс мероприятий:

– общее укрепление организма;

– активизацию функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем;

– укрепление мышечно-связочного аппарата глаза;

– улучшение деятельности мышц глаза, в частности аккомодационной мышцы;

– укрепление склеры и др [49, 53].

Дальнозоркость *(гиперметропия)* характеризуется тем, что фокус параллельных лучей после их преломления в глазу оказывается лежащим позади сетчатки. У новорожденных глаза, как правило, дальнозоркие. В результате роста глаза размер глазного яблока увеличивается, и к 10 годам глаза становятся соразмерными, а если развитие глаза отстает, то он становится дальнозорким. При этом функциональные возможности зрительной системы при работе вблизи хуже, чем у близоруких. Дальнозорким детям приходится чрезмерно напрягать свой аккомодационный аппарат, напряженная зрительная работа вызывает у них зрительное утомление, которое проявляется в виде головной боли, тяжести в глазах, в области лба, а иногда в головокружении, буквы при чтении сливаются, становятся неясными. Все эти явления обусловлены переутомлением ресничной мышцы.

Различают три степени дальнозоркости: слабая степень — до 3 D; средняя — от 3 до 6; высокая — свыше 6 D. Острота зрения при слабой и средней степени в большинстве случаев бывает нормальной. Но при высокой степени дальнозоркости у учащихся отмечается плохое зрение как вдаль, так и вблизи, зрачок сужен, размеры глаза уменьшены. При высокой степени дальнозоркости часто развивается сходящееся косоглазие.

Поскольку дальнозоркость не сопровождается органическими поражениями глазного дна, страдающие дальнозоркостью не имеют противопоказаний к физическим нагрузкам.

Косоглазие характеризуется отклонением одного из глаз от общей точки фиксации. У этих учеников наблюдается периферическое зре-

ние, снижение остроты зрения косящего глаза, значительно снижена или нарушена восприимчивость предметов двумя глазами и способность сливать их изображения в единый зрительный образ.

Причинами возникновения могут быть: наследственность, поражение центральной нервной системы, различные аномалии рефракции глаза, психическая травма (испуг), острые инфекционные заболевания, чрезмерная зрительная нагрузка и т. д.

Принято различать — содружественное и паралитическое косоглазие. При содружественном косоглазии подвижность глазных яблок не ограничена. Этот вид косоглазия встречается значительно чаще, чем паралитическое. Оно может быть постоянным или периодическим, сходящимся (глазное яблоко отклонено кнутри носа), расходящимся (глазное яблоко отклонено к виску), односторонним (монокулярным), перемежающимся (отклоняется попеременно то один, то другой глаз).

Паралитическое косоглазие обусловлено параличом или парезом одной или нескольких глазодвигательных мышц. Оно характеризуется ограничением или отсутствием подвижности косящего глаза в сторону парализованной мышцы. К причинам возникновения этого вида косоглазия относятся: травма, опухоль, инфекция. Лечение паралитического косоглазия направлено, прежде всего, на устранение причины, вызвавшей поражение нерва или мышцы.

В связи с нарушением бинокулярного и стереоскопического зрении при косоглазии у учащихся возникают трудности в восприятии глубины пространства и в формировании пространственных представлений.

Косоглазие, как правило, сочетается с недоразвитием глазодвигательной функции, что затрудняет отслеживание движущихся предметов (например, при игре с мячом, метании мяча в цель и пр.), приводит к нарушению координации движений, увеличению сроков обучения двигательным действиям.

Астигматизм — сочетание в одном глазу разных видов рефракций или разных степеней рефракции одного вида. Симптомы астигматизма: выраженные явления зрительного утомления, головные боли. Причинами развития астигматизма могут быть: ранение глаза, оперативные вмешательства на глазном яблоке, болезни роговицы.

Глаз человека имеет два глазных взаимно перпендикулярных меридиана: с наибольшей преломляющей способностью и с наименьшей преломляющей способностью. По силе преломления на протяжении меридиана различают: а) *правильный астигматизм* — имеет одинаковую преломляющую силу на протяжении всего меридиана; в большинстве случаев — это врожденная или наследственная патология; б) *неправильный астигматизм* — развивается за счет выше перечисленных причин, характеризуется изменениями на разных отрезках одного меридиана, практически не поддается коррекции.

Известны три вида правильною астигматизма: *простой* — сочетание нормального зрения в одном меридиане с аномалией рефракции (миопия, гиперметропия) в другом меридиане; *сложный* наличие в обоих меридианах рефракции одного характера (миопия или гиперметропия), но разной степени; *смешанный* — астигматизм сочетание миопии в одном меридиане с гиперметропией в другом. Различают также астигматизм: слабой степени — до 3 D; средней степени — от 3 до 6 D; высокой степени — свыше 6 D. Астигматизм средней степени (до 0,5 D) встречается настолько часто, что называется физиологическим астигматизмом.

Нистагм *(дрожание глаз)* самопроизвольные колебательные движения глазных яблок. По *направлению* он может быть горизонтальным, вертикальным и вращательным; по *виду* — маятникообразным, толчкообразным и смешанным. Причины возникновения нистагма: поражения таких участков мозга как мозжечок, гипофиз, продолговатый мозг и др. Нистагм, как правило, не доставляет беспокойства учащимся, но они испытывают нечеткость восприятия даже при достаточно высокой остроте зрения, слабость зрения, которая плохо поддается исправлению. Терапия нистагма осуществляется с помощью очковой коррекции (при наличии аномалий рефракции), плеоптического лечения, укрепления аккомодационного аппарата, медикаментозного лечения, которое может привести к частичному снижению амплитуды нистагма, повышению зрительных функций.

Амблиопия — понижение зрения без видимых причин, выражающееся в снижении остроты центрального зрения. Часто возникает вследствие вынужденного бездействия глаза при косоглазии и нарушении бинокулярного зрения. Образование и запоминание у незрячих точных и простых движений требует 8–10 повторений, в то время как у нормально видящих 6–8 повторений. Поэтому для усвоения двигательного действия слепым и слабовидящим детям требуется большее количество повторений, чем для нормально видящих, так как при отсутствии подкреплений обнаруживается тенденция к угасанию двигательного образа. Даже небольшие промежутки времени (каникулярный период) между подкреплениями.

Катаракта — помутнение хрусталика глаза, что приводит к значительному снижению остроты зрения.

Глаукома — повышение внутриглазного давления, которое, в свою очередь, приводит к повышению внутричерепного давления.

У слабовидящих доминирует зрительно-двигательно-слуховое восприятие. Объем внимания у детей младшего школьного возраста довольно мал. Они способны одновременно воспринимать одно-два движения или отдельные элементы движений.

Исследования Ю. А. Кулагина показали идентичность нервных механизмов восприятия в норме и при патологии зрения, а также

возможность усвоения слабовидящими определенной суммы знаний, умений и навыков [21].

На занятиях физической культурой занимающиеся, чаще пользуются наглядно-образным и словесно-логическим мышлением, когда задача решается в словесной (вербальной) форме. Используется также практически действенный тип мышления, когда мыслительные операции осуществляются в процессе манипулирования с предметами (спортивный инвентарь) и выполнения физических упражнений. Этот вид оказывается незаменимым в тех случаях, когда решение мыслительной задачи должно протекать одновременно с практической деятельностью [42].

Нарушение зрения затрудняет пространственную ориентировку, задерживает формирование двигательных навыков, ведет к снижению двигательной и познавательной активности. В связи с трудностями, возникающими при зрительном подражании, овладении пространственными представлениями и двигательными действиями, нарушается правильная поза при ходьбе, беге, в естественных движениях, в подвижных играх, нарушается координация и точность движений.

Индивидуальные отклонения обусловлены рядом причин:

– расстройством функций зрения на основе органических нарушений, сопровождающихся трудностями формирования физических качеств,

– ограничением возможностей зрительного подражания, порождающим искаженное представление об окружающей действительности,

– неблагоприятным периодом предыдущего двигательного опыта, связанного с недостаточной двигательной активностью.

Условиями реализации методических рекомендаций являются:

а) врачебно-педагогический контроль,

б) знание офтальмологического и сопутствующих заболеваний, рекомендаций врачей специалистов (окулиста, педиатра, невропатолога, ортопеда и др.),

в) увеличение двигательной активности.

Метод практических упражнений основан на двигательной деятельности учащихся. Чтобы совершенствовать у учащихся с нарушенным зрением определенные умения, необходимо многократное повторение изучаемых движений (больше, чем нормально видящим). Учитывая трудности восприятия учебного материала, студент с нарушением зрения нуждается в особом подходе в процессе обучения в подборе упражнений, который вызывают доверие у учащихся, ощущение безопасности, комфортности и надежной страховки.

Опыт работы позволяет выделить следующие направления использования метода практических упражнений:

– выполнение упражнений по частям, изучая каждую фазу движения отдельно, а затем объединяя их в целое — выполнение движения

в облегченных условиях (например, бег под уклон, кувырок вперед с небольшой горки и т. д.),

– выполнение движения в усложненных условиях (например, использование дополнительных отягощений — гантели 0,5 кг, сужение площади опоры при передвижении и т. д.),

– использование сопротивлений (упражнения в парах, с резиновыми амортизаторами и т. д.),

– использование ориентиров при передвижении (звуковые, осязательные, обонятельные и др.),

– использование имитационных упражнений (например, «велосипед» в положении лежа, метание без снаряда и т. д.),

– подражательные упражнения,

– использование при ходьбе, беге лидера (учащиеся ориентируются на звук шагов бегущего рядом или на один шаг впереди учащегося с остаточным зрением),

– использование страховки, и сопровождения, которые дают уверенность ученику при выполнении движения,

– использование изученного движения в сочетании с другими действиями (например, ведение мяча в движении с последующим броском в цель и др.),

– изменение в процессе выполнения упражнений таких характеристик, как темп, ритм, скорость, ускорение, направление движения, амплитуда, траектория движения и т. д.,

– изменение исходных положений для выполнения упражнения (например, сгибание и разгибание рук в упоре лежа от гимнастической скамейки или от пола),

– использование мелкого спортивного инвентаря для манипуляции пальцами и развития мелкой моторики руки (мяч «ежик», массажное кольцо и мяч, ручной эспандер, для дифференцировки тактильных ощущений — отделение риса от гороха и т. д.),

– изменение внешних условий выполнения упражнений на повышенной опоре, бег в зале и по траве, передвижение на лыжах по рыхлому снегу и по накатанной лыжне и т. д.,

– варьирование состояния при выполнении контрольных упражнений в условиях проверки, в соревновательных условиях, использование разученных двигательных умений в повседневной жизни,

– использование упражнений, которые требуют согласованных и синхронных действий партнеров (бег парами с передачей мяча друг другу с постепенным увеличением расстояния между партнерами и т. д.),

– изменение эмоционального состояния.

А. Семенов, В.П. Шлыков (1984) выделяют 3 этапа освоения движения:

1-й — создается общее представление о двигательном действии;

2-й — формируется первоначальное умение на основе сформированного представления (здесь имеет значение контроль, осуществляемый органами чувств, за точностью выполнения и соответствие имеющемуся эталону);

3-й — совершенствуется двигательное умение путем его многократного исполнения [37].

Для обучающихся с нарушенным зрением наиболее типичным методическим приемом обучения является метод слова: беседа, описание, объяснение, инструктирование, замечание, исправление ошибок, указания, команды, устное оценивание и пр. Широко распространено объяснение, благодаря которому ученик должен осознать и представить себе двигательный образ. Речевая практика при помощи слухового восприятия создает условия для понимания значений все большего числа слов, терминов, употребляемых при освоении движений в процессе адаптивного физического воспитания.

Используются разновидности объяснения: сопроводительные пояснения — лаконичные комментарии и замечания, которыми пользуется педагог по ходу выполнения упражнения учащимися с целью углубления восприятия; инструктирование — словесное объяснение техники изучаемых действий.

Метод дистанционного управления также относится к методу слова, он предполагает управление действиями на расстоянии посредством следующих команд: «поверни направо», «поверни налево», «иди вперед», «три шага вперед, вправо, влево» и т. д.

Метод упражнения по применению знаний, построенный на основе восприятия информации при обучении посредством органов чувств (зрение, слух, осязание, обоняние).

Метод наглядности занимает особое место в обучении слепых и слабовидящих. Наглядность является одной из специфических особенностей использования методов обучения в процессе ознакомления с предметами и действиями. При рассматривании предметов (спортивного инвентаря) вначале предлагается рассматривание предмета по частям, ставится задача определения его формы, поверхности, качества, цвета, а затем предпринимается попытка целостного восприятия предмета или действия.

Требования к средствам наглядной информации: большие размеры предметов, насыщенность и контрастность цветов. При изготовлении наглядных пособий используются преимущественно красный, желтый, зеленый, оранжевый цвета. Чтобы сформировать полноценное восприятие учебного материала, необходимо использовать демонстрацию двигательных действий и спортивного инвентаря. Наглядность обязательно должна сопровождаться словесным описанием, что поможет избежать искаженного представления о предмете, а также позволит активизировать мыслительную деятельность занимающихся.

Метод стимулирования двигательной активности. При обучении различным двигательным умениям и навыкам контингента с нарушениями зрения используют приемы усиления эмоционального восприятия движений, особенно в игровой деятельности, развитие волевых качеств, смелости и решительности, уверенности в себе.

В процессе нарушения зрения крайне редко применяется какой-либо один метод, обычно используется сочетание нескольких взаимодополняющих методов.

При нарушении бинокулярного зрения наблюдается нарушение в восприятии объема предметов и действий, испытывают сложности в прослеживании движущихся объектов. У людей с суженным полем зрения нарушается пространственное восприятие, затрудняется выполнение точных двигательных действий.

При использовании и развитии остаточного зрения и сохраненных анализаторов уместно сочетание общеразвивающих и специальных упражнений, способствующих, прежде всего, охране зрения, формированию зрительных представлений, тренировке зрительных функций глаза.

Показания и противопоказания к физическим упражнениям

Студенты с нарушением зрения нуждаются в осторожном подходе к занятиям физическими упражнениями. При регулировании физической нагрузки целесообразно придерживаться следующих рекомендаций:

– использовать как стандартные (одинаковые по скорости, темпу и весу), так и переменные (изменяющиеся в ходе занятия) виды нагрузки;

– варьировать формы и условия выполнения двигательных действий;

– варьировать объем нагрузки в зависимости от состояния здоровья занимающихся, уровня их физической подготовленности;

– варьировать физическую нагрузку, чередуя ее с паузами отдыха, во время которого выполнять упражнения для глаз, на релаксацию, на регуляцию дыхания, пальчиковую гимнастику и пр.;

– воздерживаться от длительной статической нагрузки с поднятием тяжести, упражнений высокой интенсивности, которые могут вызвать повышение внутриглазного давления, ухудшение работоспособности цилиарной мышцы, ишемию;

– учитывать сенситивные периоды развития физических качеств;

– для улучшения психосоматического состояния использовать аутогенную тренировку;

– наблюдать за самочувствием занимающихся; умеренное утомление не является противопоказанием, однако в результате нерациональной организации труда (физического, умственного, зрительного) может наступить переутомление;

– при наличии синдрома эпилепсии исключать упражнения на стимулирование дыхательной системы, на повышенной опоре, игры высокой интенсивности, все то, что может спровоцировать приступ;

– учитывать, что нарушения эмоционально-волевой сферы, гиперактивность соразмеряются упражнениями на релаксацию, на регуляцию дыхательной системы, на снятие зрительного и эмоционального утомления, упражнением для глаз — «пальмингом».

Подвижные и спортивные игры также являются хорошим средством регулирования физической нагрузки. Подвижные игры с корригирующей направленностью (игры с мячом, игры, направленные на развитие слухового осязательного анализаторов, на развитие навыков пространственной ориентировки и пр.).

Для студентов с нарушением зрения (при некоторых заболеваниях) предусматриваются следующие ограничения: резкие наклоны, прыжки, упражнения с отягощением, акробатические упражнения (кувырки, стойки на голове, плечах, руках, висы вниз головой), а также соскоки со снарядов, упражнения с сотрясением тела, резким перемещением положения тела и возможными травмами головы, упражнения высокой интенсивности, длительные мышечные напряжения и статические упражнения, нагрузки с большой интенсивностью в беге, передвижение на коньках.

Ограничения имеют место при следующих заболеваниях: свежая травма оболочек глазных яблок, дегенерация или отслойка сетчатки, дистрофия роговицы, опухоли мозга или глаза, глаукома, катаракта, афакия, миопия высокой степени (выше 6,0 D с осложнением на глазном дне), в раннем послеоперационном периоде после замены хрусталика (первые полгода), подвывих (смещение) хрусталика, который происходит вследствие слабости или разрыва связки, поддерживающей его в глазу. При наличии этих заболеваний противопоказаны следующие виды спорта прыжки в воду, тяжелая атлетика, бокс, борьба, хоккей, футбол, баскетбол (разрешается выполнять лишь безопасные элементы футбола, баскетбола, хоккея), велоспорт, горнолыжный спорт, мотоспорт. Чрезмерная физическая нагрузка может привести к отслойке сетчатки, кровоизлияниям на глазном дне и прочим осложнениям.

Слабая степень миопии (до 3,0 D) не является препятствием для занятий спортом. Плавание (не всем можно нырять и прыгать с вышки, с тумбочки), лыжный спорт (лыжные гонки), легкая атлетика (отдельные ее виды), настольный теннис, художественная гимнастика, туризм, шашки, шахматы, гандбол, бадминтон и др. не только показаны без ограничений, но и оказывают положительное влияние. Выбор любого вида спорта для занятий согласовывается с врачом-окулистом [50].

Рекомендуются некоторые ограничения для юношей с миопией от 3 до 6 D исключить преодоление полосы препятствий, классическую борьбу, силовые упражнения на перекладине, подтягивание и др.

Несмотря на некоторые ограничения, следует отметить, что опасен для здоровья не вид движений, а методика их проведения. Студентам с нарушениями зрения полезно заниматься спортивными играми. Переключение зрения во время игры в волейбол, баскетбол, бадминтон, теннис с близкого расстояния на далекое и обратно способствует усилению аккомодации и профилактике прогрессирования близорукости. Показаны медленный бег, общеразвивающие упражнения без резких движений, плавание, лыжная подготовка.

При миопии и гиперметропии высокой степени противопоказаны упражнения с отягощениями, натуживанием, подтягивание на перекладине, резкие движения головой, кувырки, стойки на голове, бег на скорость, ограничение прыжков [18].

2.2. Особенности организации адаптивной физической культуры со студентами с нарушением слуха

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений жизнедеятельности и социальной недостаточности, принято выделять следующие степени нарушения слуха:

– легкое нарушение слуха;
– среднетяжелое нарушение слуха;
– тяжелое двустороннее нарушение слуха;
– глубокая двусторонняя потеря слуха;
– глухота;
– глубокое двустороннее нарушение развития слуха (глухонемота) [8, 22].

Потеря слуха приводит к нарушению развития всех сторон речи, а в ряде случаев к полному ее отсутствию, что ограничивает возможности мышления, отражается на особенностях поведения — замкнутость, нежелание вступать в контакт [6,30]. Ограниченный поток внешней информации из-за поражения слуха искажает восприятие ее смысла, затрудняет общение, осложняет условия психомоторного развития, вызывает негативные эмоции и стрессовые переживания [3]. Потеря слуха часто сопровождается поражением вестибулярного аппарата, что негативно отражается на двигательной сфере обучающегося. Вестибулярный анализатор воспринимает сигналы о положении тела и головы в пространстве, изменении скорости и направлении движения, обеспечивает единую функцию восприятия и ориентировки в пространстве, оказывает постоянное воздействие на тонус мышц [17].

Патологический процесс в слуховом анализаторе изменяет не только функцию вестибулярного анализатора, но и функцию кинестетического анализатора, который также определяет особенности двигательной деятельности глухих [50]. У лиц с низкой вестибулярной устойчивостью при действии различного рода ускорений, вращений,

наклонов существенно нарушается координация движений, равновесие, снижается способность к максимальному проявлению двигательных качеств, пространственной ориентировке.

Характерными проявлениями является нарушение статического и динамического равновесия, точности движений, пространственной ориентировки, способности усваивать заданный ритм движений [4].

Основная патология может вызвать цепочку следствий, которые, возникнув, становятся причинами новых нарушений и являются сопутствующими. Потеря слуха у детей сопровождается в 62% случаев дисгармоничным физическим развитием, в 44% — дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие), в 80% — задержкой моторного развития. Сопутствующие заболевания наблюдаются у 70% глухих и слабослышащих детей. Наиболее распространенными являются заболевания дыхательной системы: ОРЗ, бронхиты, пневмонии, а также задержка психического развития, отклонения в развитии интеллекта, вегетативно-соматические расстройства [23, 45].

Стойкие нарушения слуха могут быть врожденными и приобретенными. Врожденный характер нарушения слуха отмечается значительно реже, чем приобретенный.

В процессе проведения учебных занятий с контингентом, имеющим нарушения слуха и речи, основное внимание должно быть сосредоточено на выявлении индивидуальных особенностей занимающегося.

При нарушениях слуха проявляются следующие нарушения в двигательной сфере:

1) в снижении уровня развития основных физических качеств: отставание от нормы в показателях силы основных мышечных групп туловища и рук, скоростно-силовых качествах, скоростных качеств от 12 до 30%;

2) в трудности сохранения статического и динамического равновесия: отставание от нормы в статическом равновесии до 30%, динамическом — до 21%;

3) в недостаточно точной координации и неуверенности движений, что особенно заметно при овладении навыком ходьбы;

4) в относительно низком уровне ориентировки в пространстве;

5) в замедленной скорости выполнения отдельных движений, темпа двигательной деятельности в целом по сравнению со слышащими.

Анализ научных исследований выявил значительное отставание в показателях скоростно-силовых качеств и различных проявлениях координационных способностей.

При развитии жизненно важных двигательных умений и навыков упражнения скоростно-силового характера (бег, прыжки, метания) занимают большую часть как основные виды движения. Целесообраз-

ность использования упражнений скоростно-силовой направленности, подтверждается двумя теоретическими положениями:

1) к базовым видам координационных способностей относятся те координационные проявления, которые необходимы при выполнении любых действий (ходьба, бег, прыжки, учебные и бытовые действия);

2) повышение уровня одной физической способности влечет позитивные изменения других («положительный перенос»).

Целенаправленное использование упражнений скоростно-силовой направленности создает благоприятные предпосылки как для повышения уровня развития физических качеств, так и для коррекции базовых координационных способностей.

Методика скоростно-силовой направленности учебного процесса опирается на принцип сопряженного развития координационных и кондиционных физических способностей. Для усиления коррекционного воздействия методика включает упражнения для развития равновесия, активизации психических процессов и нарушенной слуховой функции. Средствами развития скоростно-силовых качеств в коррекционном процессе на занятиях являются различные виды бега, прыжки, метания, упражнения с мячами (набивными, волейбольными, теннисными).

Хорошо освоенные и безопасные упражнения (ходьба, стойки) сначала выполняются с открытыми глазами, затем с закрытыми (от 2 до 8–10 шагов). Все упражнения, связанные с коррекцией и развитием равновесия, выполняются со страховкой, поддержкой, помощью.

При проведении практических занятий по физической культуре необходимо соблюдать ряд методических требований:

1) подбирать упражнения, адекватные психофизическому состоянию и уровню развития двигательных способностей занимающихся;

2) специальные коррекционные упражнения чередовать с общеразвивающими и профилактическими;

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

4) упражнения на статическое и динамическое равновесие усложнять на основе индивидуальных особенностей статокинетической устойчивости обучающихся с обеспечением страховки;

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

В качестве компенсирующих каналов обратной связи при обучении слабослышащих и глухих занимающихся выступают такие сенсорные системы, как зрительная, кожная, двигательная, тактильная, остаточный слух.

Основные педагогические задачи для данной категории обучающихся:

– повышение уровня общей физической подготовленности за счет развития силы, быстроты, выносливости и других физических качеств;

– развитие устойчивости вестибулярного аппарата к внешним раздражителям, развитие равновесия, умение ориентироваться в пространстве;

– развитие координации движений и зрительного восприятия, координации зрительного и слухового (при остаточном слухе) восприятия;

– развитие ритмического и выразительного выполнения движений;

– развитие глазомера, зрительной памяти;

– формирование эмоций, естественной мимики в игровой деятельности;

– формирование навыков коммуникативности.

Инвалиды молодого возраста с потерей слуха могут заниматься всеми видами легкой атлетики, борьбой, спортивными играми (волейбол, баскетбол, футбол, настольный теннис и т. д.), тяжелой атлетикой, плаванием, фехтованием, аэробикой и танцами, лыжными гонками, туризмом.

Противопоказаниями для слабослышащих являются вибрации, сотрясения, натуживание при силовых упражнениях.

В процессе выполнения упражнений используется весь арсенал методов обучения движениям и развития физических качеств с индивидуальным дозированием нагрузки и оперативным контролем за функциональным состоянием организма.

2.3. Особенности организации адаптивной физической культуры со студентами, имеющими последствия детского церебрального паралича (ДЦП)

ДЦП — органическое поражение мозга, возникающее в периоде внутриутробного развития, в родах или в периоде новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями.

Данный контингент студентов имеет множественные двигательные расстройства: нарушение мышечного тонуса, спастичность, ригидность (напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов), гипотонию мышц конечностей и туловища, ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи), гиперкинезы (непроизвольные насильственные движения), синкинезии (непроизвольные содружественные движения, сопровождающиеся выполнением активных произвольных движений), тремор пальцев рук и языка, нарушение равновесия и координации движений (атаксия), нарушение мышечно-суставного чувства, чувства позы, положения собственного тела в пространстве [24]. Помимо нарушений функций головного

и спинного мозга, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах [7, 15, 39]. Часто двигательные расстройства сопровождаются нарушениями зрения, вестибулярного аппарата, речи, психики и других функций.

Различают три степени тяжести дефекта:

– легкую (возможность свободно передвигаться),

– среднюю (при передвижениях и самообслуживании нуждаются в помощи),

– тяжелую (больной целиком зависят от окружающих).

Для двигательной сферы характерны нарушения опороспособности, равновесия, вертикальной позы, ориентировки в пространстве, координации микро и макромоторики, согласованности дыхания и движения, несформированность локомоторных актов, низкий уровень работоспособности, быстрая утомляемость [39].

Двигательные нарушения проявляются в виде парезов, параличей, насильственных движений. Особенно значимы и сложны нарушения регуляции тонуса, которые могут происходить по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии. Нарушения регуляции тонуса тесно связаны с задержкой патологических тонических рефлексов и несформированностью цепных установочных выпрямительных рефлексов.

На основе этих нарушений формируются вторичные изменения в мышцах, костях и суставах (контрактуры и деформации).

Двигательные, речевые и психические нарушения могут быть различной степени выраженности — от минимальных до максимальных.

В нашей стране пользуются классификацией К. А. Семеновой, согласно которой выделяются следующие формы:

– спастическая диплегия;

– двойная гемиплегия;

– гиперкинетическая форма;

– гемипаретическая форма;

– атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия — самая распространенная форма ДЦП. Обычно это тетрапарез, но ноги поражаются больше, чем руки.

Двойная гемиплегия — самая тяжелая форма ДЦП с тотальным поражением больших полушарий. Это также тетрапарез с тяжелыми поражениями как верхних, так и нижних конечностей, но руки «страдают» больше, чем ноги. Цепные установочные выпрямительные рефлексы могут не развиться вообще. Прогноз двигательного, речевого и психического развития неблагоприятный.

Гиперкинетическая форма — связана с поражением подкорковых отделов мозга. Причиной является билирубиновая энцефалопатия (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору).

Двигательные нарушения проявляются в виде гиперкинезов (насильственных движений), которые возникают непроизвольно, усили-

ваясь от волнения и утомления. Произвольные движения размашистые, дискоординированные, нарушен навык письма, речь. В 20–25% поражен слух, в 10% возможны судороги. Прогноз зависит от характера и интенсивности гиперкинезов.

Гемипаретическая форма — поражаются руки и ноги с одной стороны. Связано это с поражением полушария мозга (при правостороннем гемипарезе нарушается функция левого полушария, при левостороннем — правого). Прогноз двигательного развития при адекватном лечении благоприятный.

Атонически-астатическая форма возникает при нарушении функций мозжечка. При этом отмечается низкий мышечный тонус, нарушение равновесия в покое и ходьбе, нарушение координации движений. Движения несоразмерны, неритмичны, нарушено самообслуживание, письмо. В 50% отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести [38].

Более 400 факторов способны вызвать повреждающее воздействие на центральную нервную систему. Таким образом, ДЦП является полиэтиологическим заболеванием инфекционного, интоксикационного, воспалительного, токсического, радиационного, экологического, травматического и другого происхождения.

Основным средством двигательной реабилитации студентов с ДЦП являются индивидуальные и групповые занятия в специальной медицинской группе, ЛФК и АФК.

Направления по подбору физических упражнений следующие:

– *упражнения на удержание головы,*

– *упражнения на повороты туловища,*

– упражнения *на четвереньках,*

– *упражнения на поддержание сидячего положения,*

– упражнения на поддержание стоячего положения,

– упражнения для нормализации *дыхательной функции,*

– *упражнения для коррекции осанки,*

– *упражнения для нормализации произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей,*

– упражнения для *коррекции мелкой моторики и манипулятивной функции рук,*

– упражнения для к*оррекции сенсорных расстройств, упражнения для коррекции контрактур.*

Нормализация дыхательной функции

Умение правильно дышать повышает физическую работоспособность, улучшает обмен веществ, восстанавливает речь. При ДЦП дыхание слабое, поверхностное, движения плохо сочетаются с дыханием, нарушена речь. В связи с этим у детей с церебральной патологией важно правильно выбрать исходное положение для выполнения упражнений,

т. е. в зависимости от положения тела меняются и условия дыхания. Так, например, в положении лежа на спине затруднен вдох на опорной стороне, сидя — преобладает нижнегрудное дыхание, а диафрагмальное (брюшное) затруднено, стоя — преобладает верхнегрудное дыхание. В занятиях ЛФК используют как статические, так и динамические дыхательные упражнения в разных исходных положениях с разным темпом, ритмом, с акцентом на вдох или выдох, с использованием различных предметов (надувание шариков, пускание мыльных пузырей, игра на духовых инструментах и пр.). Дыхание связано также с речью, поэтому используют звукоречевую гимнастику, и с осанкой, поэтому обучение дыханию сочетают с коррекцией осанки.

Коррекция осанки

При ДЦП в результате действия позотонических рефлексов, формирования патологических синергии и мышечного дисбаланса наиболее часто формируется нарушение осанки во фронтальной плоскости, круглая спина (кифоз и кифосколиоз). Для нормализации осанки необходимо решать такие задачи, как формирование навыка правильной осанки, создание мышечного корсета (преимущественное укрепление мышц брюшного пресса и разгибателей спины в грудном отделе позвоночника) и коррекция имеющихся деформаций (кифоза, сколиоза). ЛФК проводится по методике коррекции нарушений осанки во фронтальной и сагиттальной плоскостях и методике сколиоза.

Нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей

П. Ф. Лесгафт говорил, что элементарные движения в суставах – азбука любых сложных движений. Для детей с церебральной патологией работа на суставах верхних и нижних конечностей начинается с самых простых движений, с облегченных исходных положений, в сочетании с другими методами (массаж, тепловые процедуры, ортопедические укладки и пр.). Необходимо добиваться постепенного увеличения амплитуды движения в суставах конечностей, отрабатывать все возможные движения в каждом суставе. При этом можно использовать упражнения в сопротивлении в сочетании с расслаблением и маховыми движениями. Можно также использовать различные предметы (гимнастическую палку, мяч, скакалку для верхних конечностей, гимнастическую стенку, следовые дорожки, параллельные брусья для нижних конечностей). Особенное внимание следует обратить на разработку ограниченных движений — разгибание и отведение в плечевом суставе, разгибание и супинация в локтевом суставе, разгибание пальцев и отведение большого пальца в кисти, разгибание и отведение в тазобедренном суставе, разгибание в коленном суставе, разгибание в голеностопном суставе и опора на полную стопу [50].

Занятия по физическому воспитанию в вузе для этого контингента студентов должны стать одним из основных предметов, решая образовательные, воспитательные и коррекционные задачи.

Рабочая Программа по физическому воспитанию должна содержать свои особенности. При выполнении общеразвивающих упражнений необходимо вводить коррекционные упражнения для:

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

Таким образом, в каждое занятие включаются общеразвивающие, корригирующие, прикладные упражнения, подвижные и спортивные игры по упрощенным правилам. Используется индивидуальный подход к обучающимся с учетом их психофизического состояния. Также необходимо соблюдение дидактических принципов на занятиях физической культурой:

– постепенное увеличение нагрузки и усложнение упражнений;
– чередование различных видов упражнений, соблюдая принцип рассеянной нагрузки;
– упражнения должны соответствовать возможностям обучающихся;
–соблюдение индивидуального подхода;
– рациональное дозирование нагрузки, не допуская переутомления;
– обеспечение профилактики травматизма и страховки.

Все занятия по физическому воспитанию проходят с элементами ЛФК, на основе индивидуального подхода и дидактических принципов.

ГЛАВА 3
ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Контрольные упражнения и тесты

Для оценки успеваемости студентов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов по общефизической подготовке, учитывая различные заболевания, недостатки физического развития, различную степень физической работоспособности и двигательной подготовленности, используется ряд функциональных проб, контрольных упражнений и тестов, а не нормативов, отражающих развитие физических качеств. Все контрольные упражнения и тесты выполняются строго с учетом показаний и противопоказаний в зависимости от характера и степени отклонения в состоянии здоровья и самочувствия [33].

Зачет складывается из трех подразделов:

— теоретические и методические знания, овладение методическими умениями и навыками;
— общая физическая и спортивно-техническая подготовка;
— жизненно необходимые умения и навыки, профессионально-прикладная физическая подготовка.

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости, промежуточной и итоговой аттестации обучающихся создаются фонды оценочных средств, адаптированные для обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, позволяющие оценить достижение ими результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных образовательной программой.

Проверка теоретических и методических знаний обучающихся проводится в форме текущей, промежуточной и итоговой аттестации, для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на компьютере, в форме тестирования и т. п.). При необходимости таким обучающимся предоставляется дополнительное время для подготовки ответа при прохождении аттестации.

В качестве оценочных средств текущего контроля успеваемости, промежуточной и итоговой аттестации могут использоваться:

– контрольные вопросы;

– написание контрольных/реферативных работ;

– проведение контрольного тестирования по итогам аттестации студентов.

Обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья и инвалиды могут обучаться по индивидуальному учебному плану в установленные сроки с учетом их особенностей и образовательных потребностей. При составлении индивидуального плана необходимо предусмотреть различные варианты проведения занятий: в Университете (в учебной группе или индивидуально) либо на дому с использованием дистанционных образовательных технологий.

Зачетные упражнения и тесты проводятся согласно программе. Практика работы показывает, что при различных заболеваниях существуют общие противопоказания к выполнению физических упражнений. У студентов принимаются контрольные упражнения и тесты для оценки общей физической подготовленности, функционального состояния и физического развития (см. приложение).

Все результаты тестов оцениваются в динамике от исходного результата индивидуально каждого студента. Упражнения выполняются строго индивидуально с учетом противопоказаний. Обязательным является ведение дневника самоконтроля, умение составлять комплекс утренней гигиенической гимнастики и проведения его с группой.

Контрольные упражнения и тесты проводятся согласно программе. Они проводятся два раза в год — в сентябре (начало учебных занятий) и в конце — в мае — для подведения итогов физического состояния, подготовленности студентов.

Основным критерием оценки успеваемости студентов АФК является регулярность посещения обязательных учебных занятий и положительная динамика результатов выполнения контрольных упражнений и тестов по сравнению с исходными данными каждого студента, а не обязательное выполнение численно-нормативного объема упражнений [33].

3.1. Примерные темы контрольных работ (рефератов)

1. Понятие «здоровье», его содержание и критерии.
2. Влияние физической культуры на организм занимающихся.
3. Влияние физических упражнений на кровь и органы кровообращения.
4. Формы занятий физической культурой.
5. Влияние образа жизни на здоровье.
6. Предупреждение спортивных травм.
7. Лечебная физкультура при заболеваниях органов дыхания.

8. Лечебная физкультура при сердечно-сосудистых заболеваниях.
9. Влияние физической культуры на опорно-двигательный аппарат.
10. Лечебная физическая культура при близорукости и астигматизме (комплекс упражнений).
11. Лечебная физическая культура при гинекологических заболеваниях.
12. Лечебная физическая культура при бронхите.
13. Лечебная физическая культура при бронхиальной астме (гимнастика Стрельниковой).
14. Лечебная физическая культура при вирусном гепатите.
15. Лечебная физическая культура и питание при язвенной болезни желудка.
16. Сколиоз — патология опорно-двигательного аппарата. Рекомендуемые средства физической культуры при сколиозе.
17. Эффективность различных комплексов ЛФК при нарушении осанки.
18. Эффективность различных комплексов ЛФК при плоскостопии.
19. Остеохондроз, причина его возникновения, ЛФК.
20. Посттравматический артроз, использование ЛФК.
21. Сахарный диабет и использование ЛФК при нем.
22. ЛФК при вегетососудистой дистонии.
23. Эпилепсия. Первая помощь. Физические упражнения.
24. Повреждения менисков, ЛФК.
25. Хронический тонзиллит, закаливание, ЛФК.
26. Оказание первой медицинской помощи при травмах конечностей.
27. Система занятий йогой, воздействие на организм.
28. Применение иппотерапии в комплексной реабилитации занимающихся с ДЦП.
29. Самоконтроль при занятиях физической культурой.
30. Значение занятий физической культурой в профессиональной деятельности.
31. ЛФК при беременности.
32. Массаж младенцев.
33. Оздоровительные мероприятия для ребенка от 1 года до 3 лет.
34. Самомассаж, его влияние на организм человека, методика проведения.
35. Физические качества человека, средства и методы их воспитания.
36. Средства и методы развития качества гибкости.
37. Средства и методы развития качества выносливости.
38. Средства и методы развития силовых качеств.
39. Средства и методы развития скоростных качеств.
40. Средства и методы развития координации движений, ловкости.
41. Плавание как средство двигательной реабилитации инвалидов после ампутации конечностей.
42. Использование плавания в системе физической и психической реабилитации людей с поражением ОДА.
43. Использование плавания в системе физической и психической реабилитации людей с ДЦП.

44. Двигательная и психическая реабилитация глухих и слабослышащих людей средствами плавания.
45. Двигательная и психическая реабилитация слепых и слабовидящих людей средствами плавания.
46. Биоритмы и их значение в практической деятельности человека.
47. Основы рационального питания.
48. Параметры физического развития человека и их оценка.
49. Самоконтроль за функциональным состоянием занимающегося.
50. Методика оздоровительной тренировки.
51. Определение физического развития с использованием оценочных индексов.
52. Самоконтроль за эффективностью самостоятельных занятий.
53. Организация самостоятельных занятий физической культурой различной направленности.
54. Регулирование психоэмоционального состояния средствами физической культуры.
55. Составление индивидуальной программы воспитания физических качеств.
56. Использование средств профессионально-прикладной физической культуры (ППФК) для развития и совершенствования профессионально важных психофизических качеств.
57. Паралимпийское движение: реалии и перспективы развития.
58. Советские и Российские спортсмены-инвалиды в Паралимпийском движении.

3.2. Примерный перечень вопросов к зачету

1. Физическая культура и спорт как социальные феномены общества.
2. Современное состояние физической культуры и спорта.
3. Физическая культура личности. Ценности физической культуры.
4. Физическая культура в общекультурной и профессиональной подготовке специалиста.
5. Организм человека как единая саморазвивающаяся и саморегулируемая биологическая система.
6. Воздействие природных и социально-экологических факторов на организм человека.
7. Средства физической культуры и спорта в совершенствовании функциональных возможностей организма.
8. Физиологические механизмы и закономерности совершенствования отдельных систем организма под воздействием направленной физической тренировки.
9. Здоровье человека как ценность. Факторы, определяющие здоровье.
10. Здоровый образ жизни и его составляющие.
11. Физическое самовоспитание и самосовершенствование в здоровом образе жизни.
12. Критерии эффективности здорового образа жизни.

13. Психофизиологическая характеристика интеллектуальной деятельности и учебного труда студента.
14. Динамика работоспособности студентов в учебном году и факторы, ее определяющие. Влияние различных режимов и условий обучения на состояние организма студентов.
15. Особенности использования средств физической культуры в регулировании работоспособности, психоэмоционального и функционального состояния.
16. Методические принципы физического воспитания.
17. Методы физического воспитания.
18. Основы методики обучения движениям.
19. Методика начального и углубленного разучивания движения, закрепления и дальнейшего совершенствования двигательного действия.
20. Основы совершенствования физических качеств.
21. Основы методики развития силовых способностей.
22. Методика применения средств физической культуры для развития быстроты движений.
23. Методические приемы воспитания ловкости и гибкости.
24. Средства и методы развития общей и специальной выносливости.
25. Разделы спортивной подготовки.
26. Общая физическая и специальная подготовка, их цели и задачи.
27. Зоны интенсивности физических нагрузок.
28. Формы занятий физическими упражнениями.
29. Учебно-тренировочное занятие как основная форма обучения физическим упражнениям.
30. Структура и направленность учебно-тренировочного занятия.
31. Формы и содержание самостоятельных занятий.
32. Организация самостоятельных занятий физическими упражнениями различной направленности.
33. Характер содержания занятий в зависимости от возраста.
34. Особенности самостоятельных занятий для женщин.
35. Границы интенсивности нагрузок в условиях самостоятельных занятий у лиц разного возраста.
36. Планирование и управление самостоятельными занятиями.
37. Особенности методики составления индивидуальных программ оздоровительных занятий.
38. Составление комплексов упражнений и особенности проведения утренней гимнастики.
39. Выбор содержания, средств и методов, планирование объема и интенсивности физических нагрузок оздоровительного занятия.
40. Оборудование мест и подготовка инвентаря для проведения оздоровительного занятия.
41. Методика составления плана-конспекта оздоровительного занятия.
42. Гигиена самостоятельных занятий.
43. Содержание врачебного и педагогического контроля.

44. Соматоскопические и антропометрические методы в оценке физического развития.
45. Определение оценочных индексов физического развития.
46. Оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Методика проведения нагрузочных тестов.
47. Методика проведения функциональных проб, определения частоты дыхания и жизненной емкости легких для оценки функций дыхания.
48. Методика проведения проб и оценка функционального состояния нервной системы.
49. Методики определения физической работоспособности и физического состояния.
50. Методика проведения и оценка результатов тестирования уровня развития физических качеств.
51. Самоконтроль за эффективностью самостоятельных занятий.
52. Основные методы и показатели самоконтроля. Методика ведения дневника самоконтроля.
53. Определение понятия «спорт».
54. Массовый спорт, его цели и задачи.
55. Студенческий спорт. Система студенческих спортивных соревнований.
56. Современные популярные системы физических упражнений.
57. Методика атлетической и ритмической гимнастики.
58. Методика йоги и дыхательных видов гимнастики.
59. Особенности проведения гимнастики для глаз, гимнастических поз стретчинг, гидроаэробики, аэробики К. Купера.
60. Спорт высших достижений, его цели и задачи.
61. Спортивно-медицинская классификация инвалидов с различными поражениями.
62. Единая спортивная классификация. Олимпийские и Паралимпийские игры.
63. Характеристика особенностей воздействия избранного вида спорта или системы физических упражнений на физическое развитие, подготовленность и психические качества.
64. Профессионально-прикладная физическая подготовка, ее цели и задачи.
65. Производственная физическая культура и ее виды.
66. Особенности выбора форм, методов и средств физической культуры и спорта в рабочее и свободное время специалистов.
67. Методика составления и проведения комплексов упражнений вводной гимнастики, физкультурной паузы, физкультурной минутки и микропаузы активного отдыха.
68. Профилактика профессиональных заболеваний и травматизма средствами физической культуры.

Приложение

Примерные контрольные упражнения и тесты для оценки общей физической подготовленности студентов

1. Бросок набивного мяча из-за головы, сед ноги врозь (дев. 1 кг, юн. 2 кг).
2. Тест К. Купера (12-минутный бег в чередовании с ходьбой).
3. Наклон вперед в положении стоя на гимнастической скамейке (см)
4. Метание теннисного мяча в цель (щит 100 × 100 на высоте 200 см с расстояния дев. 10, 15, 20 м, юн. 15, 20, 25 м).
5. Ходьба на лыжах (без учета времени).
6. Проплывание отрезков (без учета времени).

Оценка функциональных показателей

1. Индекс Руфье. Оценивается состояние сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку по реакции пульса. У занимающегося в положении сидя (после 5-минутного отдыха) измеряют пульс (P_1), затем выполняются 30 приседаний за 30 секунд — юноши, и 24 приседания за 30 секунд — девушки, затем сразу измеряют пульс стоя (P_2).Через минуту пульс вновь подсчитывают стоя (P_3). Индекс Руфье рассчитывается по формуле

$$Y = \frac{(P1 + P2 + P3) - 200}{10}. \qquad (1)$$

Индекс оценивается: 0–5 — отлично, 5–10 — хорошо, 11–15 — удовлетворительно, свыше 15 — неудовлетворительно.

2. Проба Штанге. В положении сидя испытуемый делает глубокий вдох и выдох, затем снова вдох (примерно 80% от максимального), закрывает рот и зажимает пальцами нос, задерживая дыхание. По секундомеру отмечается время задержки дыхания.

3. Проба Генчи. В положении сидя испытуемый делает вдох, затем выдох и задерживает дыхание. Если эта проба проводится вслед за другой дыхательной пробой, необходимо сделать перерыв 5–7 минут [40].

Оценка проб с задержкой дыхания на вдохе и выдохе

Оценка	Проба Штанге, с		Проба Генчи, с	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Отлично	50 и выше	40 и выше	40 и выше	30 и выше
Хорошо	40–49	30–39	30–39	20–29
Удовлетворительно	30–39	20–29	20–29	15–19
Неудовлетворительно	29 и ниже	19 и ниже	19 и ниже	14 и ниже

4. Ортостатическая проба. Проба с переменой положения тела. Утром, не вставая с постели, подсчитать пульс. Затем встать и через минуту снова сосчитать пульс. Хорошая реакция сердца на нагрузку — учащение пульса на 6–12 ударов, удовлетворительная — на 13–18 ударов, неблагоприятная — свыше 20 ударов. Пробу можно проводить в спортивном зале после предварительного отдыха не менее 5 минут [33].

5. ЖЕЛ. Жизненная емкость легких — показатель, отражающий функциональные возможности системы дыхания, измеряется с помощью спирометра. Стоя испытуемый делает полный вдох, зажимает нос и делает равномерный, максимально глубокий выдох в мундштук прибора. Производится 2–3 измерения, фиксируется наибольший результат с точностью 100 кубических сантиметров. Чтобы оценить полученные данные, величина ЖЕЛ сравнивается с так называемой должной величиной ЖЕЛ, рассчитать которую можно по формуле Людвига:

ЖЕЛ для мужчин = 40 × рост (см) + 30 × вес (кг) — 4400,

ЖЕЛ для женщин = 40 × рост (см) + 10 × вес (кг) — 3800.

Для удобства определения должной величины ЖЕЛ можно использовать специальные таблицы.

ЖЕЛ для мужчин, определенная по формуле Людвига, мл

Длина тела, см	Вес тела, кг										
	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
160	3500	3650	3800	3950	4100	4250	4400	4550	4700	4850	5000
165	3700	3850	4000	4150	4300	4450	4600	4750	4900	5050	5200
170	3900	4050	4200	4350	4500	4650	4800	4950	5100	5250	5400
175	4100	4250	4400	4550	4700	4850	5000	5150	5300	5450	5600
180	4300	4450	4600	4750	4900	5050	5200	5350	5500	5650	5800
185	4500	4650	4800	4950	5100	5250	5400	5550	5700	5850	6000
190	4700	4850	5000	5150	5300	5450	5600	5750	5750	6050	6200

ЖЕЛ для женщин, определенная по формуле Людвига, мл

Длина тела, см	Вес тела, кг							
	45	50	55	60	65	70	75	80
150	2650	2700	2750	2800	2850	2900	2950	3000
155	2850	2900	2950	3000	3050	3100	3150	3200
160	3050	3100	3150	3200	3250	3300	3350	3400
165	3250	3300	3350	3400	3450	3500	3550	3600
170	3450	3500	3550	3600	3650	3700	3750	3800
175	3650	3700	3750	3800	3850	3900	3950	4000
180	3850	3900	3950	4000	4050	4100	4150	4200

В норме у здоровых людей ЖЕЛ может отклоняться от должной в пределах ±15%. ЖЕЛ зависит от пола, возраста, размера тела и тренированности. ЖЕЛ составляет в среднем у женщин 2,5–4 л, у мужчин 3,5–5 л [40].

*7. **Проба Ромберга***. Проба выявляет нарушение равновесия в положении стоя. Проводятся 2 варианта при постепенном уменьшении площади опоры: 1-я поза — ноги испытуемого ставятся на одну линию, одна впереди другой, 2-я поза — испытуемый стоит на одной ноге, вторая нога согнута в коленном суставе, стопа прижата к боковой поверхности коленного сустава. В обоих случаях руки у обследуемого подняты вперед, пальцы разведены и глаза закрыты. Оценка «очень хорошо» выставляется в случае, если в каждой позе испытуемый сохраняет равновесие в течение 15 с и не наблюдается пошатывания тела, дрожания рук или век (тремор). При треморе выставляется оценка «удовлетворительно». Если нарушается равновесие в течение 15 с — оценка «неудовлетворительно».

Оценка физического развития

Оценка физического развития производится по показателям массы и длины тела, экскурсии грудной клетки, кистевой динамометрии, жировой и мышечной массы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аветисов Э. С.* Занятия физической культурой при близорукости // Э. С. Аветисов, Е. И. Ливадо, Ю. И. Курпан. М.: Физкультура и спорт, 1983.
2. Адаптивная физическая культура в практике работы с инвалидами и другими маломобильными группами населения: учеб. пособие / под общ. ред. проф. С. П. Евсеева. М.: Советский спорт, 2014.
3. *Астапов В. М.* Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М.: Международная педагогическая академия, 1994.
4. *Байкина Н. Г., Сермеев Б. В.* Физическое воспитание в школе глухих и слабослышащих. М.: Советский спорт, 1991.
5. *Бейтс У.* Как улучшить зрение без очков. Минск, 1997.
6. *Богомильский М. Р., Чистякова В. Р.* Детская оторино-ларингология. М.: Сфера, 1999.
7. *Бортфельд С. А.* Двигательные нарушения и ЛФК при ДЦП. Л.: Медицина, Ленинградское отделение, 1969.
8. Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие / под ред. д. м. н. С. Ф. Курдыбайло. М.: Советский спорт, 2003.
9. *Евсеев С. П., Шапкова Л. В.* Адаптивная физическая культура: учеб. пособие для студентов высших и средних профессиональных учебных заведений. М.: Советский спорт, 2000
10. *Демирчоглян Г. Г.* Как сохранить и улучшить зрение. Донецк, 1997.
11. *Демирчоглян Г. Г., Янкулин В. И.* Гимнастика для глаз. М.: Физкультура и спорт, 1988.
12. *Демирчоглян Г., Демирчоглян А.* Улучшаем зрение / илл. Н. Воробьевой. М.: Эксмо, 2013.
13. *Дубровский В. И.* Валеология. Здоровый образ жизни. М.: RETORIKA–A; Флинта, 1999.
14. *Дубровский В. И.* Лечебная физическая культура: учебник для студентов высших учебных заведений. 2-е изд., стереотип. М.: ВЛАДОС, 2001.
15. *Ипполитова М. Б.* Основы коррекционной работы по формированию двигательных навыков и умений у учащихся с церебральным параличом // Физкультура и спорт инвалидов: Тез. докл. 1-й Всесоюзн. научн. конф. Одесса, 1989.

16. *Карпман В. Л.* Спортивная медицина: учебник для институтов физической культуры / под ред. В. Л. Карпмана. М.: Физкультура и спорт, 1987.
17. *Козлов М. Я., Левин А. Л.* Детская сурдоаудиология. Л., 1989
18. *Козлова О. А.* Организация и планирование занятий по физическому воспитанию студентов специального учебного отделения: учеб.-метод. пособие. М.: МосГУ, 2003.
19. *Козлова О. А.* Физическое воспитание студентов с ослабленным здоровьем: учеб. пособие. М.: Проспект, 2017.
20. *Корбетт М. Д.* Как обрести хорошее зрение без очков (перевод). СПб., 1998.
21. *Кулагин Ю. А.* Восприятие средств наглядности учащимися школы слепых. М.: Педагогика, 1969.
22. *Курдыбайло С. Ф.* Врачебный контроль в адаптивной физической культуре: учеб. пособие / С. Ф. Курдыбайло, С. П. Евсеев, Г. В. Герасимова. М.: Советский спорт, 2004.
23. *Лебедева Н. Т.* Оптимизация физического воспитания глухих и слабослышащих школьников // Матер. III Междунар. науч.-практ. конф. по физ. культ, для инвалидов и лиц с огранич. функц. возможностями. СПб., 1996.
24. *Левченко И. Ю., Приходько О. Г.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. М., 2001.
25. *Ловыгина О. Н.* Основные понятия теории адаптивной физической культуры: метод. рекомендации. Курган, 2009.
26. *Матвеев Л. П.* Теория и методика физической культуры: учебник для институтов физической культуры. М.: Физическая культура и спорт, 2001.
27. *Мухина В. С.* Возрастная психология. Феноменология развития: учебник для студ. высш. учеб. заведений. 10-е изд., перераб. и доп. М.: ИЦ Академия, 2006.
28. *Насибулина Т. В., Новикова И. Д.* Организация занятий адаптивной физической культурой с детьми с ограниченными возможностями здоровья: метод. пособие. Сыктывкар, 2016.
29. *Никулина Г. В., Фомичева Л. В.* Охраняем и развиваем зрение: учеб.-метод. пособие. СПб.: Детство-Пресс, 2002.
30. *Пономарева З. А.* Воспитание учащихся с нарушением слуха в специальных образовательных учреждениях. М.: КАРО, 2006.
31. *Попов С. Н.* Лечебная физическая культура: учебник для институтов физической культуры. М.: Физкультура и спорт, 1988.
32. *Попов С. Н.* Лечебная физкультура: учебник для студентов высших учеб. заведений. 2-е изд. М., 2005.
33. Программа дисциплины «Физическая культура» для студентов специального учебного отделения / сост. И. А. Лысова, О. А. Козлова. М.: МГСА, 2002.
34. *Ростомашвили Л. Н.* Коррекция двигательных нарушений детей с депривацией зрения средствами адаптивного физического воспитания: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. СПб.: СПб. гос. акад. физ. культуры им. П. Ф. Лесгафта, 1999.

35. *Ростомашвили Л. Н.* Методика адаптивной физической культуры детей с нарушением зрения // Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. пособие / под ред. Л. В. Шапковой. М.: Советский спорт, 2003.
36. *Ростомашвили Л. Н.* Физические упражнения для детей с нарушением зрения (методические рекомендации для учителей, воспитателей, родителей) / под ред. Л. В. Шапковой. СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 2001.
37. *Семенов Л. А., Шлыков В. П.* Азбука движения для слепых детей. М.: ВОС, 1984.
38. *Семенова К. А.* Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. М.: Медицина, 1976.
39. *Семенова К. А.* Патогенетическая восстановительная терапия больных детским церебральным параличом / К. А. Семенова, А. Е. Штеренгерц, В. В. Польской. Киев: Здоровья, 1986.
40. *Синяков А. Ф.* Самоконтроль физкультурника // Физкультура и спорт. 1987. № 1.
41. *Солнцева Л. И., Семенов Л. А.* Психолого-педагогические основы обучения слепых детей ориентированию в пространстве и мобильности. М.: ВОС, 1989.
42. *Солнцева Л. И.* Тифлопсихология детства. М.: Полиграф сервис, 2000.
43. *Соловьев И. М.* Психология глухих детей / И. М. Соловьев, Ж. И. Шиф, Т. В. Розанова. М.: Педагогика, 1971.
44. Специальная педагогика: учеб. пособие для вузов: в 3 т. / под ред. Н. М. Назаровой. М.: ИЦ Академия, 2007.
45. *Страковская В. Л.* Лечебная физкультура в реабилитации больных и детей группы риска первого года жизни. М., 1991.
46. Табель оснащения спортивных сооружений массового пользования спортивным оборудованием и инвентарем по видам спорта среди инвалидов / сост. Ю. Н. Верхало; Федеральное агентство по физической культуре и спорту; ФГУП «Научно-исследовательский институт спортивно-технических изделий (ВИСТИ)». М.: Советский спорт, 2008.
47. Теория и методика физической культуры: учебник / под ред. проф. Ю. Ф. Курамшина. 2-е изд., испр. М.: Советский спорт, 2004.
48. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник: в 2 т. Т. 1 / под общ. ред. С. П. Евсеева. М.: Советский спорт, 2003.
49. *Хаксли О.* Как вернуть зрение / пер. с англ. М.: Серебряные нити, 1997.
50. Частные методики адаптивной физической культуры: учеб. пособие / под ред. Л. В. Шапковой. М.: Советский спорт, 2003.
51. *Чоговадзе А. В.* Физическое воспитание в реабилитации студентов с ослабленным здоровьем / А. В. Чоговадзе, В. Д. Прошляков, М. Г. Мацук. М.: Высшая школа, 1986.
52. *Шапкова Л. В.* Средства адаптивной физической культуры. М.: Советский спорт, 2001.
53. *Шкарлова С. И.* Близорукость, дальнозоркость, астигматизм / С. И. Шкарлова, В. Е. Романовский. Ростов н/Д: Феникс, 2000.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....5

Глава 1. Основы адаптивной физической культуры.....7
1.1. Основные компоненты (виды) адаптивной физической культуры.....7
1.2. Лечебная физическая культура.....10
1.3. Реабилитация, ее направленность, подразделение.....12
1.4. Средства адаптивной физической культуры.....14
1.5. Методы адаптивной физической культуры.....17
1.6. Направленность и основные принципы физического воспитания студентов.....21
1.7. Особенности организации занятий со студентами с ограниченными возможностями здоровья.....24
1.8. Формы организации и проведения адаптивной физической культуры.....27
1.9. Формирование учебных групп.....29

Глава 2. Особенности организации адаптивной физической культуры с детьми с ограниченными возможностями здоровья.....31
2.1. Особенности организации адаптивной физической культуры с детьми с нарушением зрения.....32
2.2. Особенности организации адаптивной физической культуры со студентами с нарушением слуха.....44
2.3. Особенности организации адаптивной физической культуры со студентами, имеющими последствия детского церебрального паралича (ДЦП).....47

Глава 3. Оценочные средства для контроля успеваемости студентов.....52
3.1. Примерные темы контрольных работ (рефератов).....53
3.2. Примерный перечень вопросов к зачету.....55

Приложение.....58

Литература.....61